



Implementación de un Modelo para el cuidado en la Organización del Servicio de Neonatología del CHN

AACN Modelo de Sinergia en la organización de una Unidad de Enfermería



Elena Antoñanzas Baztán

Mercedes Ferro Montiu

Máster en Gestión de Enfermería

Universidad Pública de Navarra

Implementación de un Modelo para el cuidado en la Organización del Servicio de Neonatología del CHN

AACN Modelo de Sinergia en la organización de una Unidad de Enfermería

Máster en Gestión de Enfermería.

Universidad Pública de Navarra

Elena Antoñanzas Baztán

Mercedes Ferro Montiu

Agradecimientos

A mi marido David, a mis hijos Pablo, María y Javier, y a mis padres, sin ellos no hubiera sido posible este trabajo.

A mis compañeras del presente y del pasado, su apoyo, colaboración y experiencia ofrecen como resultado este proyecto.

A los niños y a los padres, por los valores que me han aportado a lo largo de mi carrera profesional.

A Dirección de Enfermería, y en especial a Isabel, su reconocimiento y su labor diaria impulsan proyectos como este.

Nota Aclaratoria: La bibliografía utilizada para la elaboración de este trabajo procede en su mayoría del idioma inglés. En algunos casos se ha realizado una traducción lo más fidedigna posible, pero pueden existir sesgos en la traducción. No obstante, al tener como objetivo adaptar el modelo americano a el sistema español y más concretamente al contexto en el que se va a desarrollar el proyecto, no se ha buscado la traducción sino su adaptación para que sea posible la implementación del mismo.

INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN.....	13
REINGENIERÍA DE PROCESOS	14
INNOVACIÓN.....	15
LIDERAZGO	17
METODOLOGÍA.....	19
DESARROLLO TEÓRICO DEL MODELO	21
DEFINICIÓN DEL MODELO	22
CLAVES DEL MODELO.....	27
APLICACIÓN TEÓRICA DEL MODELO	29
EN LA ORGANIZACIÓN. MODELO CONCEPTUAL PARA EL DESARROLLO	30
EN LA ENFERMERA. ENFERMERÍA PRÁCTICA AVANZADA. COMPETENCIAS.	31
EN EL PACIENTE: CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO	45
ELABORACIÓN DEL PROYECTO	47
CONTEXTO. ESTRUCTURA	50
ANÁLISIS DAFO	51
OBJETIVOS	54
HOJA DE RUTA	55
IMPLEMENTACIÓN	56
COMPETENCIAS DE LA CNS EN NEONATOLOGÍA. MAPA COMPETENCIAS NEONATOLOGÍA.....	57
CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMERAS A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES CON EL “PROGRAMA DE MENTOR DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL CHN”	60
CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO	66
EVALUACIÓN DEL PROYECTO	68
OBJETIVOS	69
INDICADORES	69
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS.....	85

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los Servicios de Salud se han visto obligados a reorientar las organizaciones hacia la práctica basada en la evidencia y los estándares profesionales para poder obtener resultados de calidad. La desmotivación en la profesión enfermera, la alta tecnificación de los cuidados, la necesidad acuciante de obtener resultados económicos basados en la eficiencia y los cambios en la sociedad nos llevan a desarrollar estrategias que abarcan medidas estructurales, funcionales, de liderazgo, económicas y académicas. Todas ellas encaminadas a mejorar la calidad de los cuidados, la salud de los ciudadanos y por tanto la contribución enfermera [1].

La práctica asistencial exige compromiso con la gestión clínica. Para llegar a la implementación de las estrategias de cambio en la práctica clínica, estas deben estar vinculadas a la organización y a su capacidad de impulsarlas y llevarlas a cabo. La prevalencia de estructuras organizativas y procesos asistenciales desfasados, llevan a plantearse cambios necesarios e inmediatos.

La reingeniería en las instituciones de salud supone el empleo de métodos de trabajo con metodología específica y participativa para identificar problemas, proponer intervenciones de mejora y seleccionar resultados, permaneciendo siempre abiertos para incorporar nuevos cambios.

El modelo de práctica enfermera, constituye las vías en que las enfermeras convergen en la consecución de los objetivos asistenciales, dando lugar a representaciones multidimensionales de la estructura y contexto en el ejercicio de la práctica clínica de cualquier tipo de enfermeras [2].

Surge la necesidad de crear una nueva organización del trabajo, al asociar la actividad enfermera a necesidades de las propias enfermeras en su trabajo, teniendo en cuenta la vulnerabilidad del paciente. La complejidad del rol de la enfermera en situaciones de alta especialización, la necesidad de resultados inmediatos y la desmotivación, incluso la frustración, llevan a la idea de las

competencias, los niveles de experto y estrategias para implantar ese rol.

En esta dinámica de trabajo surge la idea de la interacción de los pacientes y familia, los cuidados y habilidades de la enfermera y la influencia del sistema [3]. Durante la década de 1990, la AACN (Asociación Americana de Cuidados Críticos de Enfermería), desarrolló un marco conceptual para la certificación de cuidados de rol avanzado. El marco se basa en la premisa de que la práctica enfermera es algo más que las tareas, las enfermeras deben cubrir las necesidades de los pacientes y optimizar los resultados [4].

El modelo tiene tres componentes principales; características de los pacientes, competencias enfermeras y resultados en el sistema (organización).

El AACN Synergy Model (Modelo Sinergia de la Asociación Americana de Cuidados Críticos) se apoya en una premisa simple, se obtienen buenos resultados cuando hay sinergia entre las competencias enfermeras y las necesidades de los pacientes y sus familias [5].

En este marco la AACN describe el CNS (enfermera clínica especialista), como un rol avanzado de enfermera especialista. Se trata de una enfermera con funciones asistenciales autónomas y de colaboración altamente cualificada [3]. Este término flexible puede resultar ambiguo, por lo que la descripción del rol se ha desarrollado en base a los niveles competenciales de la enfermera en su práctica profesional, desarrolladas desde el Modelo de Sinergia en sus tres esferas de influencia.

JUSTIFICACIÓN

- Reingeniería de procesos
- Innovación
- Liderazgo

Este proyecto se basa en conceptos fundamentales en el ámbito empresarial. La reingeniería de procesos, el liderazgo y la innovación.

Justificar esta necesidad de cambio, en base a un modelo para el cuidado en la organización de un servicio de enfermería, constituye el objetivo principal de este apartado.



REINGENIERÍA DE PROCESOS

Muchos son los cambios internos y externos que se han producido en las organizaciones. Algunos ejemplos de los cambios externos son los grandes avances tecnológicos, la globalización, el envejecimiento de la población, la gran crisis económica, un clima de competencia más frenético y clientes más exigentes. En este contexto, el nuevo y cambiante entorno demográfico, sociológico, cultural y tecnológico puede interpretarse como una oportunidad de mejora [6]. Los cambios internos de las organizaciones han sido en forma de reingeniería, acompañados por reajustes estructurales y reducción, poniendo énfasis en los niveles de calidad de productos y servicios, la aceleración de los canales de comunicación y un mayor nivel de educación, basados en empleados cualificados con mayores expectativas en la organización [7]. El problema se agrava cuando para estas nuevas situaciones prevalecen estructuras organizativas y procesos asistenciales desfasados, en los que la enfermera posee las mismas dotaciones de recursos, de capacidad de toma de decisiones y de relaciones interprofesionales que hace más de 25 años, cuando la demanda de cuidados era radicalmente distinta [1].

La reingeniería [8] fue definida en los años 80, como *la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costes, calidad, servicio y rapidez*. La reingeniería en las

instituciones de salud es un proceso de cambio creativo, de reinventar y renovar estructuras, los procesos, los sistemas y las maneras de medir los resultados y el desempeño de la organización [3]. En este sentido la gestión clínica pretende optimizar los resultados de la actividad clínica, permitir que los profesionales tengan capacidad para organizarse y diseñar estrategias para la mejora de resultados y la búsqueda de satisfacción del paciente.

Según Osorio Acosta [9,10], en el sector sanitario público español, hablar de reingeniería de procesos en un hospital público, es un ejercicio de «reinvención de la rueda». Las características diferenciales de la entidad hacen que toda práctica que lleve este nombre sólo pueda corresponder, en realidad, a las premisas de una teoría de la organización desarrollada hace ya muchos años. Sin embargo, hoy, al igual que ayer, lo fundamental para llevar a cabo cambios en una organización es el apoyo decidido de la alta dirección, sea cual sea el enfoque que se adopte. Considera que resulta indiferente que la reingeniería de procesos sea el nombre que se le dé a aquellos cambios en los procesos de trabajo que se lleven a cabo en los hospitales públicos españoles. Lo importante es que los cambios se realicen convenientemente para poder adaptar la sanidad pública a los nuevos retos y demandas de la sociedad y hacer que sea realmente competitiva sin que para ello resulte necesario hipotecar recursos públicos. Para ello propone el autor que el rediseño debe ser respetuoso con los valores y cultura de la organización, que promueva, mediante el uso de la tecnología una reestructuración del trabajo, mejorando las condiciones laborales, creando motivación e incrementando simultáneamente la eficiencia.

INNOVACIÓN

En todo el mundo las enfermeras se dedican cada día a actividades innovadoras; actividades motivadas por el deseo de mejorar los

resultados de los cuidados dispensados a los pacientes y por la necesidad de reducir los costos para el sistema de salud [11]. La innovación es el proceso por el que se desarrollan nuevos métodos, tecnologías y modos de trabajar. Las innovaciones pueden estar relacionadas con una técnica como por ejemplo el método canguro en niños prematuros; o con los recursos humanos, como las enfermeras de práctica avanzada.

En general [12], una innovación no se adopta de manera individual hasta que la organización no lo ha hecho previamente. El proceso de decisión de adopción de una innovación por la organización, obedece a la consecución de varias etapas, en las que la organización ha de realizar un análisis del entorno, planificar su inclusión en el sistema, modificar su estructura, e implementarla utilizando los canales de comunicación para su difusión, hasta conseguir que la actividad sea rutinaria.

Según los elementos que componen el modelo teórico de Rogers [13], la *innovación* posee cinco atributos que explican por qué ciertas innovaciones se adoptan más rápidamente que otras. Estos son la *ventaja*, o grado en que una innovación es percibida como buena idea; la *complejidad*, o percepción de la dificultad de entendimiento de uso; la *compatibilidad*, o la capacidad de pervivir con los valores existentes y el sistema social; la *experimentación*, o la capacidad de formar parte de un plan y ser probada, y la *visibilidad*, o grado en que los resultados son visibles a otros. Una innovación para ser adoptada con mayor rapidez debe contar con un nivel alto de percepción de ventaja, compatibilidad, experimentación y visibilidad, mientras debe poseer una baja complejidad. De ahí que muchas innovaciones de nuestro sistema sanitario no tengan éxito, entre otros motivos por su escasa visibilidad, puesto que se producen en un micro entorno y no se exportan al exterior.

El elemento *tiempo* constituye el elemento clave de esta teoría, ya que su fundamento se sostiene en que la adopción se completa a través del tiempo. Consta de tres dimensiones, *el proceso de decisión de la innovación*, proceso mental por el que un individuo o una

organización toma una decisión, las *categorías de adoptantes*, según lo cercanos que están en adoptar la innovación, y *el ritmo de adopción* dentro del sistema social, en función del período de tiempo transcurrido.

Según Greenhalgh [14], los elementos esenciales en la disposición de un sistema para que se dé innovación, dependen de lo siguiente: la tensión por el cambio, la innovación, el sistema de ajuste, evaluación de las repercusiones, el apoyo y la defensa, el tiempo dedicado y los recursos y la capacidad de evaluar la innovación. Las influencias exteriores son: las redes informales entre organizaciones, las estrategias de difusión intencional o redes formales, el medio ambiente en general y las directrices políticas o mandatos.

Según este autor la implementación son las acciones y los esfuerzos realizados para difundir la innovación dentro de una organización.

LIDERAZGO

Gestionar el cambio [7] significa mejorar la comunicación entre las personas que lideran el esfuerzo de cambio, y los que se espera que pongan en práctica las nuevas estrategias en la gestión del contexto organizativo en el que el cambio puede ocurrir.

Se necesitan estrategias que mejoren [15] los lugares de trabajo para reparar el daño producido por reestructuraciones y reducciones de plantilla. Debido a la relación entre los entornos de trabajo de la enfermera, la evolución de los pacientes y el funcionamiento de la organización y el sistema, la evidencia muestra que los entornos de trabajo saludables redundan en beneficios financieros para las instituciones ya que reducen el absentismo laboral, la pérdida de productividad, los costes de atención sanitaria de la institución y los gastos derivados de efectos adversos en el paciente. Lograr un ambiente de trabajo saludable requiere un cambio transformacional, con intervenciones que aborden los factores subyacentes del lugar de

trabajo y de la institución. La gestión de la calidad total supone la búsqueda de la excelencia, ligada a la competitividad, en todo lo referente a resultados y rendimientos de una organización mediante autoevaluación, resaltando los puntos fuertes y áreas de mejora. En este modelo de calidad, los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión, y visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito e implantan todo ello en la organización mediante acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.

METODOLOGÍA

Documentación bibliográfica crítico- analítica, de los fundamentos que caracterizan la reingeniería de procesos en su aplicación en la empresa y su adaptación a los hospitales públicos.

Análisis y reflexión bibliográfica de la innovación y el liderazgo, así como de los factores que pueden llevar al éxito o fracaso la implementación de un modelo de cuidados que afecta a la organización de los recursos materiales y humanos.

Definición del AACN Modelo Sinergia y su aplicación en la organización a través del Modelo Conceptual para el Desarrollo, el cual permite conocer las interacciones sinérgicas entre todos los niveles y componentes del modelo. Aplicación del Modelo de Sinergia a través de la enfermería de práctica avanzada y de los cuidados del desarrollo en el neonato.

Definición del marco contextual del proyecto, análisis DAFO, objetivos y hoja de ruta. Implementación y evaluación del proyecto.



MÉTODOS DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

La búsqueda se realizó en publicaciones científicas en soporte papel y en varias bases de datos desde 2006 hasta 2011, ampliándose la búsqueda de 2001 a 2005.

Se utilizaron las siguientes bases de datos electrónicas de enero a marzo de 2012;

1. Pub Med
2. Guía Salud
3. Biblioteca Cochrane Plus
4. Google académico
5. Intranet Sanitaria

DESARROLLO TEÓRICO DEL MODELO

■ Definición del Modelo

■ Claves del Modelo

■ Aplicación teórica

- En la Organización. Modelo Conceptual para el Desarrollo
- En la Enfermera. Enfermería práctica avanzada. Competencias
- En el Paciente. Cuidados centrados en el desarrollo



DEFINICIÓN DEL MODELO

Conocer el desarrollo teórico del modelo, nos permitirá más adelante la elaboración del proyecto con el objetivo de implementarlo en el Servicio de Neonatología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Desde 1963 en Estados Unidos se ha trabajado en programas de entrenamiento profesional, puesto que tradicionalmente el trabajo de la enfermera se había organizado en base a órganos o sistemas. En este contexto, surgió la necesidad de crear una nueva organización del trabajo, al asociar la actividad enfermera a las necesidades de las propias enfermeras, teniendo en cuenta la vulnerabilidad del paciente. Como ya se ha mencionado en la introducción, la complejidad del rol de la enfermera en situaciones de alta especialización, la necesidad de resultados inmediatos y la desmotivación, incluso la frustración, llevaron a la idea de las competencias, los niveles de experto y estrategias para implantar ese rol [3].

En esta dinámica de trabajo surge la idea de la interacción que se producen entre los pacientes y familia, los cuidados y habilidades de la enfermera y la influencia del sistema (Figura 1).

Durante la década de 1990, la AACN, desarrolló un marco conceptual para la certificación de cuidados de rol avanzado. El marco se basa en la premisa de que la práctica enfermera es algo más que las tareas, puesto que las enfermeras deben cubrir las necesidades de los pacientes y optimizar los resultados [4].

El modelo tiene tres componentes principales; características de los pacientes, competencias o dimensiones enfermeras y resultados en el sistema/organización.

El AACN Synergy Model (Modelo Sinergia de la Asociación Americana de Cuidados Críticos) se apoya en una premisa simple, se obtienen buenos resultados cuando hay sinergia entre las competencias enfermeras y las necesidades de los pacientes y sus familias [5].

Este modelo señala la definición de Virginia Henderson sobre la enfermería, *la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.*

En 1995 la AACN Certification Corporation a través del consenso de un grupo de expertos validó el modelo para el cuidado de enfermería de pacientes críticos.

Se definieron las 8 características del paciente y de la enfermera, definiendo el **cuidado** como una constelación de actividades de enfermería que responden a las necesidades de los pacientes, familiares y las enfermeras. La sinergia se produce cuando las necesidades y características del paciente, y el sistema se corresponden con las competencias de la enfermera (<http://www.aacn.org/>).

De acuerdo con este modelo cada paciente trae consigo un único set de características relacionadas con su salud. Este, es visto por las enfermeras. Cada enfermera también trae consigo sus propias características, que interactúan con el paciente y familia.

Posteriormente, un grupo de expertos desarrolló una escala de 5 puntos, se describieron las características de los pacientes y las enfermeras en un continuo siguiendo el Modelo de Sinergia. Los pacientes más comprometidos están en el nivel 1 y los menos en el nivel 5, y en el nivel 3 los medios. Del mismo modo las enfermeras que prestan cuidados en pacientes críticos, se clasifican en novatas si están en el nivel 1, la enfermera competente en el nivel 3 y la experta en el nivel 5, siguiendo el patrón de adquisición de habilidades descrito por Benner en 1984.

A cada paciente se le asigna un conjunto único de características correspondientes a su situación de salud. Estas características se extienden en un continuo salud- enfermedad.

Cada paciente y su familia, la unidad clínica y el sistema son únicos, con una capacidad variable para la salud y de vulnerabilidad a la enfermedad. Entre las muchas **características de los pacientes**, ocho se asocian sistemáticamente a los pacientes críticos; resiliencia, vulnerabilidad, estabilidad, complejidad, disponibilidad de recursos, participación en el cuidado, participación en la toma de decisiones, y previsibilidad. Por ejemplo, un neonato gravemente enfermo con insuficiencia orgánica multisistémica es probable que sea inestable, de alta complejidad, impredecible, muy resiliente, vulnerable, no pueda participar en la toma de decisiones, pero tenga adecuada disponibilidad de recursos. Anexo I. Características de los pacientes.

Dependiendo de las necesidades de cada paciente y familia, son necesarias ciertas competencias de las enfermeras para brindar la atención. Al igual que con las características de los pacientes, en cada competencia existe en un continuo que va de bajo (nivel 1) a alto (nivel 5). Las 8 competencias reflejan una integración de conocimientos, habilidades y experiencia de la enfermera. **Las**

competencias o dimensiones de la enfermera en el Modelo Synergia son el juicio clínico, intermediación y agente moral, prácticas de cuidado, colaboración, pensamiento en la organización, respuesta a la diversidad, investigación clínica, y facilitador del aprendizaje (orientador). Por ejemplo, si las características de un paciente son que está estable, pero impredecible, mínimamente resiliente y vulnerable, las competencias principales de la enfermera se centran en el juicio clínico y las prácticas de cuidado incluyendo la vigilancia.

Si las características de un paciente/familia, son vulnerabilidad, no puede participar en la toma de decisiones y tiene insuficiente disponibilidad de recursos, las competencias principales de la enfermera se centrarán en la promoción y la colaboración como agente moral, y el pensamiento en la organización.

Las ocho competencias son esenciales para la práctica de la enfermería moderna, pero cada una tiene una importancia mayor o menor, dependiendo de las características del paciente. Las características del paciente van cambiando y las dimensiones de la enfermera también, todo ello repercute en la organización del sistema de salud (figura 2).

Se produce sinergia y los resultados son óptimos, cuando las competencias de la enfermera complementan las necesidades del paciente. Implícito está en esta interacción, que los pacientes con el mayor nivel de necesidad exigen a las enfermeras con el más alto grado de competencia [4]. Anexo II. Competencias o Dimensiones enfermeras.



Figura 2: The American Association of Critical-Care Nurses Synergy Model for Patient Care. From "Patient-Nurse Synergy: Optimizing Patients' Outcomes" By Martha AQCurley, RN, PhD,CCRN

American Journal of Critical Care, January 1998, Volume 5, No. 1, page 69

CLAVES DEL MODELO

Se basó inicialmente en 5 supuestos, que en 2002 se ampliaron en 4 más:

- Cada paciente es una entidad biológica, social y espiritual que se encuentra en una etapa particular del desarrollo. Se

debe considerar al paciente en su totalidad (cuerpo, mente y espíritu).

- Cada paciente, la familia del paciente, y la comunidad contribuyen a crear un contexto para la relación enfermera-paciente.
- Los pacientes pueden ser descritos por un número de características. Todas las características están conectadas y se refuerzan mutuamente. Las características no pueden ser consideradas de manera aislada.
- Las enfermeras pueden ser descritas en un número de dimensiones o competencias. Las dimensiones interrelacionadas muestran un perfil de las enfermeras.
- Uno de los objetivos de la enfermería es restaurar cada paciente a un nivel óptimo de bienestar tal como se define por el paciente.
- Las enfermeras crean el entorno para el cuidado de los pacientes. El contexto o entorno del cuidado pueden afectar a lo que la enfermera puede hacer.
- Las áreas de impacto están interrelacionadas y la naturaleza de estas interrelaciones pueden cambiar en función de la experiencia, la situación o cambios en el entorno.
- Las enfermeras pueden trabajar para mejorar los resultados en los pacientes, las familias de los pacientes, los profesionales de la salud y el sistema sanitario / organización.
- Las enfermeras aportan su experiencia a cada situación, incluyendo los distintos niveles de formación, el conocimiento, las habilidades y la experiencia (Becker, Kaplow, Muezen, & Hartigan, 2006).

DESARROLLO TEÓRICO DEL MODELO

- Definición del Modelo
- Claves del Modelo
- Aplicación teórica
 - En la Organización. Modelo Conceptual para el Desarrollo
 - En la Enfermera. Enfermería práctica avanzada. Competencias
 - En el Paciente. Cuidados centrados en el desarrollo

APLICACIÓN TEÓRICA DEL MODELO

La aplicación del AACN Modelo Sinergia en la organización a través del Modelo Conceptual para el Desarrollo, nos permite conocer las interacciones sinérgicas en los diferentes niveles de la organización o sistemas y su influencia en la toma de decisiones posterior. En las propias enfermeras, la enfermería de práctica avanzada nos abre un abanico de posibilidades para hacer realidad este marco teórico, desde el rol de mentor que posibilita el desarrollo de las enfermeras y el progreso de la organización y desde la enfermera especialista cuyo nivel competencial ha de ser descrito y evaluado. En el paciente y familia, los cuidados centrados en el desarrollo ponen de manifiesto la importancia de las características físicas, psicológicas y sociales de estos pacientes, poniendo el acento en la relevancia que adquiere su entorno.

▪ **En la Organización. Modelo Conceptual para el Desarrollo**

La utilización del Modelo Conceptual para el Desarrollo [15], nos permite conocer las interacciones sinérgicas entre todos los niveles y componentes del modelo. El modelo sugiere que el funcionamiento de los individuos se ve influido y mediado por las interacciones entre el individuo y su entorno. Los factores individuales, organizativos y externos del sistema determinan los lugares saludables para las enfermeras. Los factores de los tres niveles afectan a la salud y bienestar de las enfermeras, a la calidad de los resultados de los pacientes o usuarios, al comportamiento institucional y del sistema, y a los resultados para sociedad, tanto individualmente como mediante interacciones sinérgicas.

En este contexto teórico, se justifica la práctica del liderazgo transformacional. El eje del Modelo Conceptual para el Desarrollo consta de cinco prácticas de liderazgo transformacional basadas en la evidencia que son fundamentales para la transformación de los lugares de trabajo en entornos de trabajo saludables para las enfermeras.

- Fomento de las relaciones y la confianza (a través de reuniones periódicas e implicación de Dirección en el nuevo proyecto).
- La creación de ambiente de trabajo *empoderado* depende de la relación respetuosa de confianza entre los miembros del lugar de trabajo. Un ambiente empoderado implica tener acceso a la información, apoyo, recursos y oportunidades para aprender y crecer en un entorno que apoya la autonomía profesional (Figura de práctica avanzada de mentor).
- La creación de un entorno que apoye el desarrollo del conocimiento y la integración fomentando el desarrollo y la difusión de nuevos conocimientos como la introducción de investigación continua para la práctica dentro del entorno

de trabajo. Este conocimiento se utiliza para documentar los esfuerzos realizados para mejorar de forma continua, tanto los procesos clínicos y organizativos, como los resultados (Modelo Sinergia, cuidados centrados en el desarrollo, NIDCAP, mapa de competencias).

- Dirigir y mantener el cambio implica poseer un enfoque proactivo y participativo para aplicar lo que implica la mejora de los procesos clínicos y de organización así como los resultados (Apoyo de Dirección, *mentoring*).
- Equilibrar valores y prioridades en competencias, implica abogar por la obtención de recursos de enfermería necesarios para asegurar unos cuidados de alta calidad a los pacientes, al tiempo que se recogen múltiples demandas que deben ser abordadas en la toma de decisiones institucional (Reajuste plantilla, flexibilidad, cálculo cargas trabajo).

▪ **En la Enfermera. Enfermería práctica avanzada. Competencias.**

La evolución de la profesión ha pasado por varias etapas en que la tecnificación ha ganado espacio a la atención de las personas, pero como citan autoras como Lleixá Fortuño [16], es preciso ir recuperando el equilibrio entre la necesaria tecnificación y los aspectos más relacionales, que son la esencia del cuidado.

Coexisten múltiples definiciones de enfermera de práctica avanzada [17].

La definición de enfermera de práctica avanzada (EPA) comprende a aquellas enfermeras que son vistas como expertas en sus respectivos ámbitos y participan en actividades que se extienden más allá de la estrecha aplicación de los procedimientos de gran complejidad técnica. En particular, la EPA se involucra en el uso de sofisticados conocimientos y niveles de cualificación [18].

La EPA es un término general que describe un nivel avanzado de práctica clínica de enfermería, que maximiza el uso de la preparación educativa de posgrado, con conocimientos profundos de enfermería y con experiencia en el cumplimiento de la salud de los individuos, familias, grupos, comunidades y poblaciones.

Las competencias que deben desarrollarse a lo largo del tiempo son principalmente: la práctica clínica directa, consulta, entrenamiento / asesoramiento, la investigación, el liderazgo, la colaboración y la toma de decisiones éticas [19]

1. Práctica clínica directa
2. Profesor (*coaching*) experto y guía para pacientes, familias y otros proveedores de cuidados
3. Asesoramiento
4. Investigación, implementación de práctica basada en la evidencia, evaluación y conducta
5. Liderazgo clínico y profesional, incluyendo el rol de agente del cambio
6. Colaboración
7. Habilidades en la toma de decisiones éticas

En el Modelo de Sinergia de la AACN, se puede definir **la Enfermería de práctica avanzada** como *la aplicación de una gama más amplia de agentes terapéuticos prácticos y teóricos, basados en la investigación de los fenómenos experimentados por los pacientes, dentro de un área clínica especializada de la disciplina de la enfermería* [17]. En esta definición el CNS (Clinical Nurse Specialists) es un rol de práctica avanzada.

Según la AACN, inicialmente el rol de **CNS (enfermera clínica especialista)**, se refería a especificaciones del trabajo o funciones, estas funciones incluyen la asistencia directa y práctica independiente, y la investigación. Unos años más tarde se fueron publicando competencias añadidas y se fueron modificando las existentes, para incluir la práctica clínica y la atención directa de pacientes, la consulta, la educación, la investigación, la colaboración y el liderazgo [20].

El papel multifacético de CNS, que atiende a los pacientes agudos y en estado crítico y sus familias, que trabajan dentro de una organización y con el resto de los compañeros de enfermería, también puede ser descrito de acuerdo con el modelo de Sinergia. El modelo se alinea no sólo a las 8 características de los pacientes y las 8 competencias de las enfermeras sino también el papel del CNS en relación con las 3 esferas de influencia: pacientes, enfermeras y gestión de la organización.

Dentro de este rol de práctica avanzada en la década de los 90, se describe el rol de la enfermera en cuidados críticos, centrado en la estabilización de problemas médicos agudos, la prevención y tratamiento de las complicaciones, la gestión integral de la lesión y / o enfermedad, y la restauración de los niveles máximos de la salud dentro de un medio interdisciplinario y de colaboración con el equipo.

Para cada situación clínica se deben desarrollar unos niveles de experto. A veces esto no ocurre de forma apropiada por falta de compromiso de la organización o de recursos, o simplemente de motivación. El Modelo Sinergia de la AACN, clasifica las enfermeras siguiendo los modelos de desarrollo profesional de Benner y establece estrategias para su desarrollo. La práctica del la CNS puede ser descrita por el Modelo de Sinergia mediante las ocho dimensiones de la enfermera ya descritas en las tres esferas de influencia.

Las estrategias para asegurar el éxito del desarrollo profesional enlazan en primer lugar, con la figura que representa el supervisor de la unidad (en nuestro sistema de trabajo, se podría identificar con este rol, no siendo así como está descrito por la AACN), como figura que organiza los equipos de trabajo, conoce el mapa de competencias de su unidad y los niveles competenciales de sus enfermeras (aunque sea de forma informal) y desarrolla estrategias para alcanzar mayores niveles competenciales, estableciendo prioridades y decisiones en base a un desarrollo estratégico del servicio.

La segunda estrategia es el desarrollo del *mentoring*, personal y profesional que sirve de guía, modelo profesional, consejero, profesor

y patrocinador, para enfermeras con menos experiencia [21]. Es un enfoque útil para los nuevos enfermeros, ya que les proporciona un apoyo eficaz y sistemática en la práctica de enfermería, facilita su desarrollo profesional y mejora la coordinación de la atención en el contexto único de la práctica general. El **mentor** promueve el desarrollo profesional, la satisfacción, y el éxito. Aparte de la influencia positiva en la calidad de la atención sanitaria, los programas de mentores desempeñan un papel importante en la mejora del rendimiento en el trabajo de las enfermeras y en el modo de establecer actitudes hacia las organizaciones para las que trabajan.

La relación con el mentor ocurre en un continuo, no se trata de un rol pasivo, se consigue de forma activa el paso a enfermera competente. Se trata de una relación voluntaria y mutuamente beneficiosa a largo plazo, relación en la cual un líder con experiencia y conocimientos (el mentor) potencia a otra enfermera (el aprendiz) [18].

Seleccionar a un mentor, requiere especial cuidado [3]. No todas las enfermeras con experiencia pueden ser mentoras. La elección debería basarse en la admiración, respeto, y capacidad para ejercer su labor de formación.

Una vez que el mentor es elegido se debe establecer una relación de confianza con sus protegidos. La comunicación del mentor con sus protegidos cobra vital importancia. La relación se hace efectiva cuando el mentor muestra empatía.

Estas características en la relación del mentor y sus protegidos, marcan la diferencia del resto de aprendizajes que coexisten en la organización (guía de expertos, entrenamientos, demostraciones, etc.).

Las funciones de apoyo psicosocial incluyen la aceptación, el asesoramiento y la amistad [21]. La amistad es proporcionada por las interacciones informales en el trabajo, y por una voluntad de discutir una variedad de temas. Funciones de desarrollo de la carrera incluyen el patrocinio, la protección, tareas desafiantes, la exposición y visibilidad. La exposición y visibilidad implican la creación de

oportunidades donde los responsables de las decisiones importantes pueden observar y apreciar la competencia de una persona, habilidades y talentos especiales. Funciones de desarrollo de la carrera se centran en la organización y la carrera del aprendiz, mientras que las funciones de apoyo psicosocial afectan al aprendiz a un nivel más personal y se extienden a otras áreas de la vida.

La formación previa que reciben las enfermeras o que puedan recibir en su formación postgrado, no se centra en las relaciones psicosociales [22]. La formación debe ser el primer eslabón de la capacitación, pero es un paso hacia la *mentoría*. El *coaching* o entrenamiento puede definirse como la forma en que un entrenador o coach ayuda a la enfermera profesional a cumplir un reto o una meta, también se centra en guiar el desarrollo psicosocial. Los programas formales de *mentoring* pueden cerrar la brecha entre la formación (*precepting*) y el entrenamiento (*coaching*).

El *mentoring* tiene muchas definiciones pero el resultado en todas es común. Puede ser descrita como la facilitación del aprendizaje hacia objetivos a largo plazo. Un mentor es por lo general una enfermera especialista que tiene el rol de ayudar a alguien a través del desarrollo y la transferencia de la *expertise*. No hay un tiempo definido para la relación de un mentor y el aprendiz. El mentor ayuda en técnicas de comunicación, proporciona perspectivas y alternativas, y sirve como apoyo en momentos de estrés. Guía y permite la socialización del aprendiz. Es importante que la pareja del mentor y el aprendiz, tengan buena relación, cada parte se retroalimenta y se produce sinergia, esta sinergia incrementa el potencial de ambas partes. Es importante tener en cuenta la diferencia generacional y cultural que puede darse entre el mentor y el aprendiz [22].

Competencias de los mentores

Autoconocimiento	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de entender y desarrollarse en el contexto de los desafíos de la organización, exigencias interpersonales, motivación individual• Conscientes de su liderazgo• Conscientes de su estilo personal de aprendizaje y capaces de trabajar con los estilos de otros
Visión estratégica	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de conectar con los grandes cambios sociales, económicos y políticos• Capacidad de identificar las tendencias externas (roles cambiantes, medidas de económicas, cambios demográficos en los pacientes)• Capacidad de comprender el impacto del medio ambiente sobre la salud• Capacidad de centrarse en los objetivos y dar consejos
Asunción de riesgos y creatividad	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de tener éxito en la innovación• Capacidad de identificar propuestas innovadoras• Capacidad de desarrollar y potenciar el espíritu empresarial• Capacidad de asumir riesgos y convertir errores en áreas de mejora
Relaciones interpersonales y habilidad en la comunicación	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad de relaciones igualitarias• Habilidad para hacer sentir a los otros como iguales• Capacidad de comunicación y escucha activa• Respeto hacia las personas que guían• Capacidad para cuidar el rendimiento del equipo• Capacidad para transmitir confianza
Inspiración	<ul style="list-style-type: none">• Agentes de cambio individual y de la organización• Capacidad de vencer la resistencia al cambio• Capacidad de transmitir actitud positiva y constructiva• Compromiso para facilitar las oportunidades de crecimiento y la carrera de los otros

Robert Wood Jhonson, Nurse fellows program, 2004 (En Dracup K, Bryan Brown CW. From Novice to Expert to Mentor: Shaping the future. Am J Crit Care 2004;13:448-450)

La calidad de los servicios sanitarios depende directamente de la competencia de sus profesionales [23]. Para asegurarnos que un

profesional es competente se hace necesario poder evaluarlo. Reforzando esta idea, Lleixá Fortuño, afirma como las investigaciones realizadas por L. Aiken, demuestran como disminuye la incidencia de problemas sanitarios y los índices de mortalidad, en los pacientes hospitalizados, cuando estos son cuidados por titulados enfermeros con un alto nivel de formación.

La utilización del término competencia, puede llegar a crear confusión. Centrándonos en la idea de competencia como capacitación, se hace referencia al grado de preparación, saber hacer, conocimientos y pericia de una persona como consecuencia de su aprendizaje. Una persona es competente en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollar de forma eficaz aquellas situaciones que correspondan al ámbito de su práctica.

Partiendo de la adquisición de habilidades de Dreyfus y Stuart, la profesora Patricia Benner en 1987, en *Práctica progresiva en enfermería Manual del comportamiento profesional*, estableció 5 escalas o grados de competencia a partir de la observación, principiante o novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Posteriormente, siguiendo a estos autores la AACN, según el Modelo Sinergia, establece las estrategias para su implementación.

Benner considera que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura cuando se produce a partir de una base educativa sólida. La evolución hacia la *expertise* se da mediante la aplicación de los conocimientos teóricos primero, y de acumulación, análisis y discriminación de experiencias vividas, después. El modelo dice que la transición entre niveles se produce mediante la adquisición de habilidades. La teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada por la teoría.

Es destacable que experiencia y *expertise* no son sinónimos, la experiencia se asocia exclusivamente a los años trabajados. Benner destaca que la *expertise*, se alcanza no con el paso del tiempo, sino

con la valoración de nociones y postulados teóricos mediante la confrontación de casos prácticos reales, que añaden matices o precisiones a la teoría.

Definición de los roles, competencias y estrategias para su implementación

Rol/ Competencias	Estrategia para mejorar la efectividad del rol
Novato	Dar reglas determinadas
Principiante, sin experiencia	Desarrollo aprendizaje formal e informal Sea capaz de seguir reglas Sea capaz de establecer relaciones Orientación basada en la integración de conocimientos y actitudes
Principiante avanzado	Dar apoyo a través del mentor
Tiene experiencia, se busca la implementación del rol	Sea capaz de identificar problemas de pacientes, sugiere estrategias para resolverlos Sea capaz de realizar tareas asistenciales apoyada por el equipo y siguiendo reglas y normas Sea capaz de prestar apoyo y ayuda a la familia Sea capaz de identificar tópicos, que pueden utilizarse para el desarrollo del equipo y sirvan de base para futuras investigaciones. Requiere el desarrollo de un sistema de soporte o <i>mentoring</i> para su evolución
Competente	Evidencia basada en la práctica. Apoyada por el equipo. Apoya al equipo
Enfermera capaz de analizar y planificar	Sea capaz de planear cambios, desarrollar estrategias, tomar decisiones y realizarlas. Carece de la velocidad y flexibilidad de la enfermera hábil, reconoce situaciones de incompetencia Sea capaz de colaborar con el equipo y la organización. Sea capaz de mostrar flexibilidad y saber priorizar sus actuaciones. Sea capaz de actuar en caso de crisis o urgencia apoyada por el equipo Sea capaz de servir de instructor de enfermeras en formación

Rol/ Competencias	Estrategia para mejorar la efectividad del rol
	Sea capaz de participar en sesiones de formación científica, de buscar evidencia basada en la práctica
Competente experimentada, hábil (más de 5 años de experiencia)	Sea capaz de actuar como mentora del equipo Posee experiencia clínica y credibilidad en el equipo Sea capaz de reconocer de manera holística la situación Colabora con la organización del servicio, sirve de motivadora y es capaz de resolver conflictos
Experto	Referencia para la organización
Enfermera madura en la organización	Sea capaz de reconocer su área de influencia, la contribución de las enfermeras en el sistema y en los pacientes Sea capaz de identificar y corregir los factores que contribuyen a la ineficiencia del sistema o de los cuidados Sea capaz de evaluar nuevas tecnologías y equipos según su coste efectividad, desarrollar innovación y evaluar los cambios Sea capaz de ofrecer su experiencia a otros Sea capaz de publicar resultados y desarrollar investigaciones basados en el trabajo Actúa de <i>feedback</i> en la organización

La evaluación de competencias es un proceso de valoración personal que tiene entre sus objetivos ayudar al desarrollo profesional [24]. En el ámbito que nos movemos de sanidad pública, el desarrollo de las mismas debe ser visto como áreas de mejora individuales y de la organización, además de ser el punto de partida que proporciona el conocimiento para el desarrollo profesional.

Las competencias son el conjunto de conocimientos, habilidades y conductas que están relacionadas con el desempeño en el puesto de trabajo y los resultados que se obtienen lo que garantiza el mantenimiento y desarrollo de los profesionales en nuestra organización.

La gestión por competencias, cuyo concepto es planteado por primera vez en 1973 por David MacClellan, es un modelo de gestión de

recursos humanos que se ha convertido en una forma útil y eficiente de obtener un alto rendimiento y desempeño en las organizaciones [25].

En el sector sanitario, el Modelo de Gestión por Competencias, puede dar respuesta a la necesidad de garantizar una asistencia de calidad y eficiente a los ciudadanos, a la vez que nos permite explorar nuevos sistemas de gestión de los recursos humanos que den respuesta a los requerimientos actuales de los sistemas sanitarios; calidad de la atención, eficiencia en la gestión de los recursos, escasez de algunos perfiles profesionales, desarrollo profesional continuo, etc.

Mediante la gestión de las competencias se facilitará la movilización del conocimiento e impulsará la capacidad de aprender de la organización, de forma que se beneficien de ello todos sus componentes.

Según la Joint Comission, la competencia es definida como *una determinación de las habilidades del individuo, conocimientos y capacidad para satisfacer las expectativas definidas* (JCAHO, 2005). Estas competencias deben estar revisadas según un mecanismo formal y definido, siendo necesario el desarrollo de herramientas validadas que lo permitan. El estándar de la práctica de CNS sigue el formato del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, implementación y evaluación. Incluye la calidad del cuidado, la evaluación de la práctica individual, educación, *colegiabilidad*, ética, colaboración, investigación y empleo de recursos. A través de la integración de los estándares y de la actualización del Modelo de Sinergia la CNS lleva a cabo el deseado resultado de alta calidad en la práctica. Cada una de las competencias es implementada en la práctica.

El objetivo general del enfoque de gestión por competencias es aportar a la organización un sistema integral para la gestión de los recursos humanos de manera más efectiva.

- Contribuir a generar un proceso de mejora continua de la calidad y desempeño de los profesionales.

- Impulsar, mediante la gestión de las competencias profesionales, las líneas estratégicas de la organización.
- Implicar a las personas de los distintos niveles de la organización en la gestión eficiente de los recursos humanos.
- Dotar a la organización de profesionales con las competencias necesarias y actualizadas, según sus necesidades presentes y futuras.
- Contribuir al impulso de la innovación y del desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de la organización, en un entorno cambiante.
- Aportar información para la toma de decisiones, de forma objetiva y eficiente, fundamentalmente relacionadas con las personas:
 - Perfiles de puestos de trabajo
 - Grado de adecuación entre el profesional y las competencias requeridas
 - Necesidades de formación y adiestramiento
 - Potencial de los profesionales
 - Aplicación de sistemas de incentivos, etc.

El Modelo de Gestión por Competencias, en definitiva, pretende atraer, desarrollar, reconocer y mantener el talento, mediante su aplicación a la gestión de los recursos humanos y en concordancia con la misión, visión y valores de la organización.

El enfoque de competencias, como sistema integral de gestión de los recursos humanos, tiene su aplicación en los siguientes procesos:

- Selección de personas.
- Formación, tanto formación pregrado como especializada y continuada.
- Carrera profesional.
- Reconocimiento y acreditación de competencias.
- Evaluación del desempeño profesional (EDP)

La mayoría de los autores coinciden en que las competencias se definen en el contexto laboral en el que se han de poner en práctica, por lo que una competencia no es un conocimiento, una habilidad o una actitud, sino la unión integrada de estos elementos, que permite el desempeño de una actividad laboral concreta de forma óptima.

Según varios autores, es necesario tener en cuenta que han de ser susceptibles de ser observadas y medidas; y han de ofrecer posibilidades de ser mejoradas a través de la formación y/o el entrenamiento. Además han de poder evaluarse, por medio, de comportamientos observables.

En nuestro entorno sanitario, en la Ley de Cohesión y Calidad, se define la competencia profesional como la *aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver las situaciones que se le plantean*.

Al igual que existe un gran número de definiciones del concepto competencia, así se han desarrollado, por diferentes autores, múltiples clasificaciones sobre el tipo de competencias necesarias para lograr con éxito el desempeño profesional.

Se ha diferenciado entre competencias esenciales y competencias diferenciadoras, que permitirían distinguir entre una actuación media y una actuación sobresaliente.

Se habla de competencias generales y competencias transferibles o competencias clave. También se clasifican en competencias técnicas, competencias metodológicas, competencia personal y competencia participativa.

Teniendo en cuenta la vinculación de las competencias a puestos de trabajo concretos, las competencias habrán de definirse y clasificarse en función de los diferentes puestos de trabajo de la organización y de acuerdo con las funciones y tareas específicas definidas para los mismos.

En la pirámide de Miller, se pueden observar diferentes pruebas de evaluación de competencias, esta evaluación podría resultar útil como

evaluación, pero también como modelo de adquisición de estas competencias.



Figura 3: Pirámide de Miller. Extraída de Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE) José María Martínez Carretero 2005. En <http://scielo.isciii.es/>

En Cataluña [26,27], existen experiencias sobre la evaluación de competencias. El Libro Blanco de las profesiones sanitarias de Cataluña, publicado en 2004, contempla muchos de los aspectos básicos mencionados sobre el desarrollo profesional continuo individual, tras ello se está procediendo al desarrollo operativo con diferentes grupos de trabajo, vinculados específicamente a la evaluación y reconocimiento profesional.

En Andalucía, la clasificación de competencias adoptada para la elaboración de los mapas de competencias de las profesiones sanitarias las divide en competencias generales, competencias transversales y competencias específicas (Modelo de Gestión por Competencias del SSPA).

La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Pediátrica, ha elaborado el primer programa formativo de esta especialidad en el marco de las líneas actuales en la asistencia pediátrica [28]. Ante el convencimiento de que los problemas de salud y las necesidades de

cuidados que se presentan durante la infancia y adolescencia son muy diferentes a los que se requieren en la edad adulta, la Enfermería Pediátrica en España se diferenció como especialidad en 1964 (Decreto 3524/1964, de 22 de octubre).

Tal como cita en el BOE, la implantación de este modelo ha de ser necesariamente progresiva y llevarse a cabo teniendo en cuenta, las características propias de cada Servicio de Salud así como las competencias que corresponden a las comunidades autónomas en materia de planificación, organización y gestión de recursos humanos. El objetivo del desarrollo de la citada especialidad es, gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las necesidades del recién nacido, niño, adolescente y familia y a las complicaciones derivadas de un problema de salud que requiere atención en las unidades de Urgencias, Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) teniendo en cuenta los estándares de calidad y seguridad clínica. El programa de formación del especialista en Enfermería Pediátrica aborda de forma transversal las competencias relacionadas con la comunicación, la gestión de los cuidados y recursos, la docencia, la investigación y de forma específica las competencias de intervención avanzada en los diferentes ámbitos de la práctica pediátrica. En el caso del servicio de neonatología, las intervenciones específicas son las relacionadas con los recién nacidos con problemas de salud y los recién nacidos, atendidos en unidades de cuidados intensivos y urgencias. Diferentes estudios, muestran como dentro de la especialidad de Pediatría se deberían establecer áreas específicas de competencias o subespecialidades como la Pediatría Oncológica y la Neonatología como las más destacadas [29].

El instrumento de evaluación adecuado debe cumplir tres requisitos, válido, fiable y factible [23]. Representa un elemento clave la identificación del tipo de competencias requeridas para el desempeño sobresaliente en los puestos de trabajo de la organización y, una vez identificadas, recogidas en su correspondiente **Mapa de Competencias**.

Cada Mapa de Competencias habrá de recoger el repertorio de competencias requeridas, señalando la importancia relativa de cada competencia que variará en función de la aplicación que se le va a dar y la finalidad y objetivos establecidos.

Es importante subrayar que en general los instrumentos de evaluación de competencias no tienen un valor en sí mismo que nos indique cuáles son mejores que otros, sino que, para su utilización, se han de tener en cuenta dos aspectos:

- Cualquier instrumento de evaluación que decidamos aplicar se ha de utilizar de forma rigurosa.
- Para cada finalidad hay un instrumento de evaluación más adecuado que otro y que responde mejor que el resto a las necesidades, aportando resultados y valor al proceso.

Apuntar que hay tres formas de adquirir y desarrollar las competencias:

- En la formación previa, antes de la vida profesional activa y fuera del contexto de trabajo.
- A través de cursos de formación continuada, durante la vida activa profesional.
- Por el ejercicio mismo de la actividad profesional: “las experiencias obtenidas de la acción, de la asunción de responsabilidad real y del enfrentamiento a problemas concretos, aportan realmente competencias que la mejor enseñanza será jamás capaz de proporcionar”.

▪ **En el Paciente: Cuidados centrados en el desarrollo**

Los cuidados centrados en el desarrollo, nos permiten tener en cuenta las características de los pacientes y sus familias; resiliencia, vulnerabilidad, estabilidad, la complejidad, disponibilidad de recursos, participación en el cuidado, participación en la toma de decisiones, y previsibilidad.

El documento del Ministerio de Sanidad y Política Social, Cuidados desde el Nacimiento [30], tiene como objeto tratar de ayudar a los

profesionales a identificar lo que se consideran buenas prácticas y qué pruebas hay para recomendar ciertas actuaciones en relación con el cuidado y la atención del recién nacido. La parte que aborda los cuidados centrados en el desarrollo, afectan a los recién nacidos enfermos o muy prematuros. Los cuidados centrados en el desarrollo reúnen todas aquellas prácticas que tienen por objeto favorecer el desarrollo neurológico y emocional del recién nacido enfermo y también disminuir el estrés y la carga de sufrimiento que conlleva el ingreso para los recién nacidos y sus familias.

Los cuidados centrados en el desarrollo, se basan en una filosofía que abarca los conceptos de interacción dinámica, entendida como sinergia entre recién nacido, familia y ambiente y los aplica en el cuidado neonatal [31].

Comprenden intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macro ambiente (luces, ruidos,...) como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor...) e intervenciones sobre la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño.

Cada paciente y su familia se encuentran en un nivel en función de sus características. Por ejemplo, en función del nivel de resiliencia, serán capaces de adaptarse a los cambios de intensidad de la luz. Así un niño extremadamente prematuro, tendrá que mantenerse en penumbra las 24 horas del día, y un niño que se encuentre en situación de pre alta deberá ir adaptándose a los cambios de luz durante el día y la noche. De este modo las características de los pacientes van cambiando a lo largo del ingreso, las dimensiones de las enfermeras que les cuidan deben ir adaptándose y el sistema tiene que ser proveedor de las nuevas necesidades que van surgiendo.

ELABORACIÓN DEL PROYECTO

Implementación para el cuidado del
AACN Modelo Sinergia en la
Organización del Servicio de
Neonatología del CHN

- Contexto. Estructura
- Análisis DAFO
- Objetivos
- Hoja de ruta
- Implementación
- Evaluación del Proyecto

Debido a los avances obstétricos y perinatales producidos en los últimos años, y al el incremento de la tecnificación de los cuidados, el perfil profesional de la enfermera ha ido cambiando.

La excelencia de una organización viene marcada por su capacidad de crecer en la mejora continua de todos y cada uno de los procesos que rigen su actividad diaria. La mejora se produce cuando dicha organización aprende de sí misma, y de otras, es decir, cuando planifica su futuro teniendo en cuenta el entorno cambiante que la envuelve y el conjunto de fortalezas y debilidades que la determinan [32].

La planificación de su estrategia es el principal modo de conseguir un salto cualitativo en el servicio que presta a la sociedad. Para ello es necesario realizar un diagnóstico de la situación en la que se encuentra. Una vez realizado es relativamente sencillo determinar la estrategia que debe seguirse para que el destinatario de los servicios perciba, de forma significativa, la mejora implantada. Apoyarse en las fortalezas para superar las debilidades es, sin duda la mejor opción de cambio.

En el Plan de Salud de Navarra 2006-2012 [33], dentro de las cinco líneas estratégicas establecidas, una de ellas son los Cuidados por Procesos que incide directamente en la atención que reciben los ciudadanos en los servicios sanitarios; otra la Organización y Gestión, que focaliza su análisis en situaciones relacionadas con los valores de equidad, eficiencia y calidad, y la Sostenibilidad del Sistema implicando a los profesionales en la oferta de servicios y en el coste efectividad.

Las líneas estratégicas de la Dirección del CHN [34] de asistencia centrada en el paciente, calidad y mejora, y sostenibilidad. Las de Dirección de Enfermería, organización y gestión de enfermería, impulso al desarrollo profesional, seguridad clínica y garantía de calidad y contribuir a la sostenibilidad del SNS-O (Plan de Salud de

Navarra 2006-2012). Junto al análisis de la situación actual de cambio, permiten llegar a la definición de la Misión, Visión y Valores del Servicio de neonatología.

La Misión del Servicio de Neonatología es la resolución de los problemas adaptativos de los recién nacidos sanos y enfermos con una escala de complejidad creciente, desde los cuidados mínimos a la terapia intensiva, de alto nivel de excelencia, que permita el desarrollo de modelos de atención e innovación en el cuidado de la salud del niño recién nacido y su familia.

La formación y desarrollo del recurso humano en una sólida preparación técnica, ética y humanística, basada en evidencias científicas y experiencias documentadas, acorde a las demandas de los neonatos y sus familias, así como la asistencia en salud, de alta especialización y con calidad, que lo posicionen como un modelo institucional de atención y cuidado específico.

La Misión de la enfermera es identificar y satisfacer las necesidades de cuidados de los neonatos y sus familias a lo largo de su estancia en el Servicio de Neonatología, mediante una actuación, con fundamento científico, de apoyo, suplencia, fomento, protección y adecuación, considerando los valores, cultura y creencias de los pacientes a los que se dirige.

La Visión del Servicio de Neonatología debe ser líder a nivel regional en investigación científica de alto nivel, orientada con misiones específicas, la formación de recursos humanos de la más alta calidad y de excelencia, que impacte en los indicadores locales de salud y contribuya no sólo a disminuir el riesgo epidemiológico, sino a enfrentar con eficiencia los problemas emergentes en salud perinatal, y contribuya a incrementar la salud, calidad de vida y bienestar de las mujeres, niñas y niños, eje central de la familia.

La Visión de la enfermera del Servicio de Neonatología es ser reconocida y valorada por su competencia científica y su contribución en la mejora continua y mantenimiento de la salud de los Recién

Nacidos y sus familias. Ser referente en la gestión de calidad y de los recursos del sistema sanitario ofreciendo elementos que permitan contabilizar los resultados, la efectividad de los cuidados y garantizar la continuidad asistencial.



CONTEXTO. ESTRUCTURA

En Navarra, la Asistencia Especializada de la Red Pública del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se estructura en tres Áreas de Salud: Área de Pamplona, Área de Estella y Área de Tudela [35].

Como resultado directo del estudio y desarrollo de las actuaciones contempladas en el vigente "Plan de Salud de Navarra 2006-2012" , referidas a los recursos del área de Pamplona, mediante el Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, se crea una estructura sanitaria asistencial única, denominada Complejo Hospitalario de Navarra. Este Decreto Foral fue publicado en el Boletín Oficial de Navarra de 23 de abril de 2010 y entró en vigor el 24 de junio de 2010.

El Hospital Virgen del Camino, pasa a denominarse CHN- B, siendo el lugar donde se encuentra ubicado el Servicio de Neonatología.

El Hospital "Virgen del Camino" [36] (CHN-B) es un hospital vertical compuesto por dos edificios comunicados a través de las plantas sótano, baja y primera, más un edificio anexo que alberga 2 servicios médicos sin área de hospitalización, biblioteca y una serie de áreas administrativas, docentes y de reuniones.

Mayoritariamente las consultas externas se realizan en edificios independientes, también patrimonio del Servicio Navarro de Salud.

Recursos humanos, el CHN- B cuenta con 379 facultativos especialistas, 615 enfermeras, matronas y fisioterapeutas y con 451 auxiliares de enfermería. El resto del personal hasta completar los 2.147 trabajadores, lo componen celadores, directivos, administrativos y otros profesionales.

De las 517 camas en funcionamiento, en el CHN- B, 211 corresponden al área materno-infantil y de estas 26 al Servicio de Neonatología.

El **Servicio de Neonatología**, es el referente de la hospitalización neonatal de la red pública en Navarra. Se encuentra ubicado en la planta baja del área materno-infantil comunicado con el área de partos.

Las 26 camas del Servicio, ampliables hasta 34 según necesidades, están distribuidas en tres pasillos de atención directa; unidad de cuidados intensivos neonatales (6), cuidados intermedios (10) y cuidados mínimos (10). La unidad cuenta con zonas auxiliares (despachos, vestuarios, limpieza, almacén, dietética, zona rayos y lactario).

Los niños atendidos durante el año 2010 han sido 433, siendo su procedencia de todas las zonas de Navarra. De los 6.223 partos realizados en 2010, ingresaron en la unidad 431, con una estancia media de 12,89 días [35].

La patología respiratoria constituye el principal problema de salud de los recién nacidos que precisan ingreso en una Unidad de Neonatología, relacionado con la inmadurez propia de un ser prematuro y de otras patologías subyacentes [36].

La estimación de personal de enfermería es la recomendada por la Sociedad Española de Neonatología [37], siendo la plantilla modificada en este momento.

ANÁLISIS DAFO

Para determinar las prioridades de un Área de Mejora deben tenerse en cuenta la evidencia científica de las intervenciones como guía obligada de eficiencia y ética profesional, pero no podemos obviar la experiencia.

Los cuidados o la gestión por procesos, conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos de los pacientes a los que va dirigido [33], pretenden articular las actuaciones de cuantos intervienen a lo largo de la cadena asistencial para reducir su variabilidad o incorporar las mejores evidencias disponibles para alcanzar la máxima calidad y eficiencia.

El punto de partida de los cuidados por procesos son las necesidades de los pacientes, entendidas estas como las del neonato, la familia y el entorno inmediato de este. El objetivo ha de ser disminuir la variabilidad de los cuidados mediante el desarrollo de protocolos enfermeros, reorganizar la actividad de enfermería como consecuencia del reajuste de plantilla y buscar la definición de un modelo de cuidados que implica al cuidador y al que recibe el cuidado, entendiendo que este último es mucho más que una unidad.

En un análisis interno de la organización se puede observar que se cuenta con un gran desarrollo tecnológico, profesionales formados a través de la experiencia y capacidad para asumir cambios (fortalezas). Por el contrario el personal sufre desmotivación hacia la organización y gestión del servicio, falta de comunicación en el servicio y con el exterior, variabilidad en los cuidados por motivos muy diversos y alta rotación del personal que tiene como consecuencia falta de experiencia, además no hay un sistema organizado que permita la capacitación del personal (debilidades).

La situación actual de crisis económica hace que se deban reorganizar las actividades buscando el máximo beneficio. La eficiencia es muy difícil de evaluar a priori, encontrar la máxima rentabilidad en una empresa de servicios en los que la presión asistencial es muy variable, donde a pesar de ser reconocido de modo evidente que es necesario un grado muy alto de especialización no se establece este como requisito para trabajar en el servicio, puesto que las normas de contratación de personal no lo permiten (existen listas de contratación especial de enfermeras pero no palian el problema), y las herramientas informáticas están en fase de desarrollo, por lo que

actualmente no es posible conocer la carga de trabajo relacionada con una valoración de la calidad de cuidados que precisan los pacientes. A esta situación hay que añadir un reajuste en la plantilla (amenazas).

A través de la reingeniería de la organización, apoyados en un nuevo modelo de liderazgo que permita conocer las necesidades de la misma y buscar soluciones, la definición del modelo de cuidados apoyado en el niño y su familia, la necesidad manifiesta de los padres de establecer una política de puertas abiertas, el desarrollo de las competencias enfermeras, los cuidados del neonato centrados en el desarrollo y la experiencia de hospitales españoles y extranjeros como refuerzo positivo del cambio, se llega a las oportunidades que permiten establecer acciones de mejora.

Análisis DAFO

Debilidades	Fortalezas
<p>Desmotivación hacia la organización</p> <p>Falta de comunicación en el servicio y con el exterior</p> <p>Variabilidad en los cuidados</p> <p>Alta rotación del personal</p>	<p>Gran desarrollo tecnológico</p> <p>Profesionales formados a través de la experiencia</p> <p>Capacidad para asumir cambios</p>
Amenazas	Oportunidades
<p>Disminución de personal</p> <p>Crisis económica</p> <p>Presión asistencial muy variable</p> <p>Normas de contratación rígidas</p> <p>Falta de herramientas para medir cargas de trabajo</p>	<p>Reorganizar las actividades</p> <p>Grado muy alto de especialización</p> <p>Necesidad manifiesta de los padres de establecer una política de puertas abiertas</p> <p>Desarrollo de las competencias enfermeras</p> <p>Cuidados del neonato centrados en el desarrollo</p> <p>Experiencia de hospitales españoles y extranjeros como refuerzo positivo del cambio</p>

Los resultados expuestos en este análisis son consecuencia de la interpretación de ideas expuestas por enfermeras, de mi propia experiencia y de la revisión de la bibliografía existente.



OBJETIVOS

Implementar un Modelo para el Cuidado en la Organización del Servicio de Neonatología del CHN

Objetivos específicos

- Definir el AACN Modelo Sinergia para la organización de un modelo de cuidado en el servicio de Neonatología del CHN.
- Identificar según este modelo los cuidados para el niño y familia en el Servicio de Neonatología del CHN.
- Garantizar el seguimiento de los pacientes a través de la capacitación de los profesionales enfermeros mediante el desarrollo de las competencias enfermeras.
- Promover la utilización de intervenciones de enfermería consensuadas entre profesionales, en los niños y sus familias, a través de la implementación de los cuidados centrado en el desarrollo del niño.
- Desarrollar herramientas de comunicación y divulgación junto a otros profesionales del servicio para facilitar la apertura sin límites del servicio a los padres.
- Motivar al personal de enfermería de la unidad mediante la creación de un entorno laboral saludable.
- Conocer la satisfacción de los familiares de los pacientes, en relación con la atención en cuidados enfermeros a partir de la implementación del nuevo modelo.
- Evaluar el impacto de la implantación del modelo en la Organización.

HOJA DE RUTA

2011	2012				2013
3 ^{er} trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^o trimestre	3 ^{er} trimestre	4 ^o trimestre	1 ^{er} trimestre
Revisión bibliográfica					
Definición del modelo	Modelo de Sinergia				
	Aplicabilidad en la organización y el cuidado Medicina basada en la evidencia				
		Cuidados Centrados en el Desarrollo			Entrenamiento NIDCAP
	Diagnóstico de la situación de la organización enfermera				
			Competencias enfermeras		
		Mapa de competencias			
			Enfermera Práctica Avanzada		
				Reorganización recursos personal	
				Elaboración información a los padres	
				Protocolización de los procesos clínicos	
				Implementación cuidados en el Desarrollo	
				Gestión por competencias	
	Desarrollo de herramienta informática para la gestión por competencias				
	Desarrollo de vías de comunicación con el equipo	Formación nuevo modelo de cuidados			Evaluar el impacto de la implantación del modelo en la Organización

IMPLEMENTACIÓN

La implementación del rol de la enfermera de práctica avanzada, se puede realizar siguiendo el Modelo PEPPA (Figura 4) [38]. El mismo esquema nos permite llegar a la implementación del AACN Modelo Sinergia en la organización del Servicio de Neonatología.

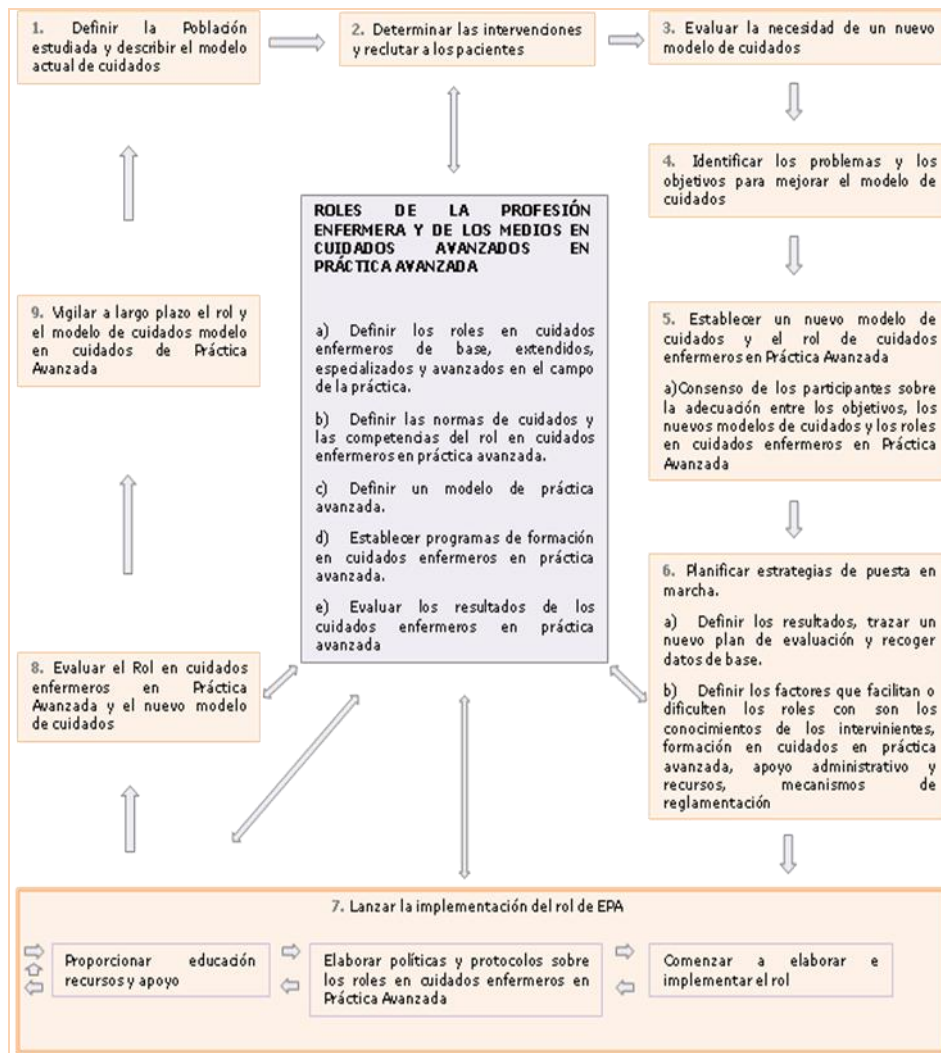


Figura 4: Lukosius and Di Censo. Modelo Peppa 2004. [Internet]. [acceso 22 de marzo de 2012]. Disponible en http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/2009_advanced_NP.pdf American Journal of Critical Care, January 1998, Volume 5, No. 1, page 69

En este proyecto los roles a implementar son el de la enfermera mentora y el de la enfermera clínica especialista en cuidados neonatales (CNS en neonatología).

▪ **Competencias de la CNS en neonatología. Mapa Competencias Neonatología**

Las competencias del mentor, han sido descritas en el desarrollo teórico del proyecto en Enfermera. Enfermería de Práctica Avanzada.

Para la elaboración de las competencias de la CNS de neonatología del CHN, se ha utilizado el Programa Oficial de la Especialidad de Enfermería Pediátrica [28]. La realización del mapa de competencias específico de este servicio de enfermería se ha realizado por consenso de un grupo de expertos, no obstante requiere una validación posterior. Anexo III. Mapa competencias Neonatología.

Siguiendo el modelo de la AACN, de cada competencia se establece el nivel de complejidad en tres niveles según el tipo de evidencia requerido para su obtención (evidencias esenciales y grupo I, grupo II, grupo III). En función de los porcentajes de competencias obtenidas de cada nivel, se obtienen enfermeras avanzadas, expertas y excelentes.

El grado de excelencia alcanzado, establece un perfil de enfermera, para cuidados transversales y mínimos, intermedios e intensivos (según las características de los pacientes a los que deben prestar sus cuidados).

Distribución de las Evidencias por grupo de pertenencia

Tipo de evidencia	Definición
GRUPO I	<p>Evidencias que contemplan aspectos de la atención del profesional relacionados con los derechos consolidados de los ciudadanos, la personalización de los cuidados y los elementos estratégicos y prioritarios del sistema de salud, junto con las evidencias que nos hablan del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una actuación profesional que progresa hacia la madurez.</p> <p>Evidencias que debe poseer la enfermera para realizar cuidados transversales en la unidad y cuidados de los neonatos y sus familias ingresados en mínimos.</p> <p>Un 15% de ellas tienen consideración de esenciales por estar comprendidas en las áreas prioritarias para la unidad (según las líneas estratégicas) y ser básicas para el cuidado enfermero en neonatología.</p>
GRUPO II	<p>Evidencias que contemplan, con mayor grado de exigencia, aspectos de la atención del profesional relacionados con los derechos consolidados de los ciudadanos, la personalización de los cuidados y los elementos estratégicos y prioritarios del sistema de salud, junto con las evidencias que nos hablan del rol asistencial, docente, investigador y gestor de una actuación madura y consolidada.</p> <p>Evidencias que debe poseer la enfermera para realizar cuidados e intervenciones con los neonatos y familias ingresados en intermedios.</p>
GRUPO III	<p>Evidencias que convierten al profesional en referente para el resto de los profesionales del Sistema.</p> <p>Evidencias que debe poseer la enfermera para realizar cuidados e intervenciones con los neonatos y familias ingresados en intensivos neonatales.</p>

Elaboración propia, adaptación del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía. Manual de Competencias de la/del Enfermero/a de cuidados Infantiles. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Mayo 2010 Ed. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Cada competencia evaluada, se corresponde a una o más de las 8 competencias o dimensiones de la enfermera del AACN Modelo Sinergia y se deben desarrollar en función de las características de los pacientes.

5.1 Competencias en comunicación

Facilitar la adaptación de la familia ante la hospitalización del recién nacido e implicarla de forma progresiva en los cuidados

I

Evidencia:

.Nivel I (esencial)

Competencia enfermera:

- Colaboración (trabajando con otros, incluyendo médicos, familias y otros miembros del equipo de salud, para promover y fomentar la contribución de cada persona para alcanzar los objetivos óptimos y realistas del paciente). Colaboración incluye el trabajo con otros compañeros de forma interdisciplinar y multidisciplinar.
- Práctica en el cuidado (conjunto de actividades de enfermería que crea un entorno compasivo, de apoyo y terapéutico para el paciente y con el equipo. El objetivo es promover confort, curación, y prevenir un sufrimiento innecesario. Incluye, pero no se limita la vigilancia, el compromiso y la capacidad de respuesta de los cuidadores, incluyendo a la familia y el cuidado personal)

Características del paciente/ familia:

- Participación en cuidados (medida en que el paciente/familia se involucra en aspectos del cuidado).

Este sistema permite definir el rol de la enfermera de práctica avanzada y establecer acciones de mejora en la organización del servicio. De forma individual permite adquirir niveles de *expertise* evaluables y proporcionar al mentor la herramienta para trabajar con el aprendiz. Sin llegar a una definición formal de la EPA o de la enfermera especialista, permite avanzar en la implementación de nuevos modelos de capacitación de las enfermeras.

▪ **Capacitación de las enfermeras a través del desarrollo de las competencias profesionales con el “Programa de mentor del Servicio de Neonatología del CHN”**

La enfermera mentora, es la responsable junto a las jefes de unidad y de área de enfermería del desarrollo del programa mentor para la capacitación de las enfermeras del servicio, mediante las sinergias con el paciente/familia y la organización. El desarrollo de los niveles de competencia se debe desarrollar paso a paso, ello requiere un programa de capacitación y un compromiso por parte del aprendiz. Esta labor se debe realizar con el apoyo de la dirección del centro y con la colaboración multidisciplinaria de todos los agentes que intervienen en el cuidado en el Servicio de Neonatología. El programa de mentor del Servicio de Neonatología exige un compromiso del equipo y evaluación de resultados.

Para la adquisición de cada competencia, se debe trabajar con metodología específica en función del área a desarrollar. La realidad es que en la práctica diaria estas áreas confluyen y se potencian.

La primera competencia es la Práctica Clínica Directa siendo la central de todas las competencias. Para cada situación la enfermera de neonatos debe aproximarse mediante la comprensión, el conocimiento previo, habilidad de experta y juicio discriminativo.

- Realización de “Hoja de ruta” o manual de acogida al personal de nueva incorporación
- Documento que recoja los procedimientos más habituales de la unidad

- Manejo Historia Clínica
- Enlace a intranet
- Correo corporativo
- Talleres: monitorización, respirador, bombas nutrición parenteral, canalización diferentes tipos de vías, etc.
- Sesiones clínicas diarias niños UCIN
- Formación grupos de trabajo planes estandarizados
- Evaluación de competencias
- Áreas de mejora individuales y del equipo en función de las competencias
- Práctica basada en la evidencia
- Implementar cuidados centrados en el desarrollo a través de la elaboración de documentación y formación de grupos de trabajo

El Juicio Clínico se fundamenta en la experiencia, y conocimientos basados en la clínica, la investigación de la evidencia científica, tomando decisiones que tienen importantes consecuencias para los pacientes. Un proceso no está completo hasta que los problemas han sido identificados y resueltos. Se precisa un *feedback* con los pacientes y una reevaluación. La evaluación individual permite compararse con estándares, con las expectativas del paciente, enfermera y organización.

- Realización de simulaciones (*megacode*)
- *Role playing*
- Cuestionarios clínicos
- Sesiones clínicas diarias sobre el paciente y implicación de la familia en los cuidados

La Investigación Clínica implica utilizar la mejor evidencia para tomar decisiones acerca de los cuidados individuales de los pacientes, integrando la experiencia clínica con la búsqueda sistemática. Las barreras que nos podemos encontrar están relacionadas con la falta

de conocimientos acerca de como acceder a la literatura científica, lectura crítica de artículos de relevancia y falta de tiempo. El mentor debe actuar de herramienta facilitadora, e implicar al resto del equipo creando cultura de evidencia científica¹.

- Reuniones diarias en sesión clínica
- Identificar preguntas clínicas
- Seleccionar proyectos de trabajo
- Desarrollar protocolos de actuación
- Mostrar resultados de estudios
- Mantener al servicio informado sobre proyectos
- Cambiar la práctica conforme a la información obtenida
- Fomentar la participación en cursos de búsqueda de evidencia científica (Curso on-line Docencia)
- Evaluar cambios y sus repercusiones

Las enfermeras del Servicio de Neonatología para llegar a ser una enfermera clínica especialista deben ser Facilitadoras del Aprendizaje. La enfermera mentora debe ser competente como facilitadora del aprendizaje y orientadora, siendo esta su principal función. Se debe crear un ambiente de aprendizaje a través de la experiencia de las enfermeras con más experiencia.

Este aprendizaje debe evaluarse de una manera formal a través de la evaluación de competencias, que en nuestro servicio, es una herramienta para establecer áreas de mejora individual y colectiva. De manera informal, se evalúa a través de la observación de la supervisora de la unidad y de la mentora.

¹ Un episodio está completo con un plan de cuidados estandarizado. El uso de lenguaje enfermero normalizado es un modo de conectar las tres esferas de la práctica (En McKinley, MG , MSN, RN,CCRN. Acute and Critical Care. Clinical Nurse Specialists. Synergy for Best Practices. Elsevier 2007; 165)

Estrategias para evaluar las necesidades de aprendizaje en las enfermeras:

- Consulta informal y personal
- Encuesta de competencias grupal anónima
- Encuesta de competencias individual
- Grupos de trabajo

Los criterios de priorización de este aprendizaje irán en función de lo esencial en la implicación del cuidado, la compatibilidad con la organización del servicio, el número de pacientes potencialmente afectados, la aplicación al trabajo y los recursos disponibles.

Los resultados de la identificación de problemas nos deben llevar a establecer áreas de mejora. Para facilitar los resultados en el aprendizaje, las estrategias a seguir son:

- Estudio de casos
- Simulaciones multidisciplinares
- Material de lectura

La Colaboración es esencial para el cuidado de los pacientes/familia. Los errores en la colaboración, conllevan errores de la comunicación y consecuencias.

Habilidades sociales en comunicación, negociación y coordinación son necesarias en la práctica diaria.

Estrategias para fomentar la colaboración son:

- Determinar indicadores o medidas de interés
- Determinar y colaborar con los objetivos de la unidad
- Reunir e interpretar datos apropiados
- Interpretar resultados
- Establecer canales de comunicación horizontales
- Utilizar Historia Clínica Informatizada
- Sesiones clínicas con información sobre la familia (conocimientos y habilidades)

El **Pensamiento en la Organización**, supone tener una visión amplia, desarrollar estrategias basadas en las necesidades y fortalezas de los pacientes/familia. Utilizar los recursos disponibles y buscar otros alternativos.

- Identificar facilitadores y barreras del paciente/familia
- Identificar facilitadores y barreras de los profesionales
- Identificar facilitadores y barreras de la organización
- Utilizar herramientas para la toma de decisiones (Pareto, diagrama de Isikawa)
- Desarrollar planes de cuidados estandarizados
- Seleccionar herramientas de evidencia científica (guías de práctica clínica)
- Utilizar páginas web con evidencia científica (www.joanabrigs.edu.au, www.guiasalud.com, www.edociencia.gnomio.com)

Trabajar como **Intermediación y Agente Moral**, permite trabajar en favor del paciente y su familia, considerar sus valores e incorporarlos al cuidado, incluso cuando difieren de los personales. Estrategias para actuar como intermediario y agente moral, son:

- Establecer líneas de comunicación con la familia
- Conocer y evaluar los valores personales
- Conocer los derechos de los pacientes
- Conocer e integrar los valores de la familia
- Conocer las herramientas de la organización en caso de conflicto (comité de ética)
- Poner en contacto a la familia con los recursos de la organización disponibles a través de la trabajadora social
- Conocer y respetar la diversidad cultural
- Dar poder y representatividad a la familia en la toma de decisiones

Las **Prácticas de Cuidado**, promueven el confort, curación y previenen el sufrimiento innecesario. El lenguaje estandarizado de enfermería

permite realizar una valoración y completar los cuidados mediante una evaluación de los mismos. Capacitar a las enfermeras para individualizar estos cuidados estandarizados permite dar calidad a la atención.

- Elaborar una guía de información administrativa para los padres
- Elaborar información sobre cuidados centrados en el desarrollo para los padres
- Facilitar la permanencia de los padres junto a sus hijos
- Dar confort mediante la adaptación de la estructura de la unidad a las necesidades de los pacientes, familias y profesionales (sillones, zona de relax para padres, zona de información, lactario)
- Individualizar los planes de cuidados estandarizados (Nanda, Noc, Nic)
- Facilitar soporte espiritual (sacerdote del CHN)
- Facilitar soporte social (trabajadora social del CHN)
- Facilitar teléfono de ayuda
- Entrenar a los padres en el cuidado de sus hijos
- Utilizar el informe de continuidad de cuidados
- Elaborar planes de cuidados estandarizados
- Realizar sesiones clínicas con planes de cuidados individualizados

Respuesta a la Diversidad permite desarrollar competencias para tener en cuenta el estatus socioeconómico, etnia, género, etc. que de forma combinada forman el set del paciente/familia. La sensibilidad para reconocer la vulnerabilidad de los pacientes, nos permite dar respuesta a la diversidad.

- Observar la interrelación con otros miembros del equipo
- Establecer mecanismos de *feedback* con la familia (escucha activa)

- Establecer canales de comunicación (facilitar teléfono, persona de referencia)
- Conocer y respetar costumbres de otras culturas
- Facilitar soporte social (trabajadora social del CHN)
- Utilizar lenguaje sencillo
- Utilizar servicio lingüístico del Gobierno de Navarra

Cada competencia deberá ser evaluada periódicamente, según el mapa de competencias establecido por la unidad.

▪ **Cuidados centrados en el desarrollo**

Para la implementación de estos cambios en el Servicio de Neonatología del CHN se requiere un cambio importante en la rutina de trabajo. La aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo, incluyen la colaboración interdisciplinar y de la propia organización a través de un liderazgo saludable.

Las actuaciones en relación a los cuidados centrados en el desarrollo, que se van a adoptar en el Servicio de Neonatología del CHN son:

- Visita a la Unidad de Neonatología del Hospital 12 de Octubre (acreditada con certificación NIDCAP. Anexo IV. Resumen – Programa de Certificación NIDCAP de la Nursery).
- I Jornada de Actualización en Neonatología: Cuidados Centrados en el Desarrollo. Celebrada el 15 de Marzo de 2012.
- Medidas a aplicar en el Servicio de Neonatología del CHN (adaptación NICAP Vall d'Hebron y 12 de Octubre).

Medidas a aplicar en el Servicio de Neonatología del CHN

a Reducción del estrés ambiental (menor estimulación *nocioceptiva*)

- Reducción del ruido (monitores, alarmas, voces, golpes). Colocación de audímetro

- Reducción de la luz, protectores de incubadoras, luz individualizada
- Reducción de manipulaciones por parte de todo el equipo
- Tratamiento postural, optimizar lo aprendido en la jornada
- Reducción de maniobras dolorosas
- Tratamiento no farmacológico del dolor

b Medidas de enriquecimiento del entorno

- Cuidado posicional. Prevención hipertoniá. Permitir mano-boca
- Introducir ritmo circadiano. Especial cuidado en prealta
- Individualizar cuidados (valorar estados del RN, valorar respuestas del RN, modificar actuaciones en función del RN, ayudarlo a contener el estrés, estimularle positivamente con acciones que le produzcan placer)
- Favorecer el contacto del RN y sus padres

c Atención a la familia

- Apertura de la unidad a los padres (eliminar límites de horarios)
- Enlazar asistencia pre y postnatal. Trabajar información desde partos de forma multidisciplinar
- Favorecer la aproximación de los padres a sus hijos
- Integrar a los padres en el cuidado de sus hijos
- Detectar y tratar el estrés parental
- Detectar y atender las situaciones sociofamiliares de riesgo
- Trabajar con comprensión y respeto a las diferencias socioculturales
- Atención a los hermanos, al papel del padre, a las situaciones de duelo,...
- Mejorar la estructura de la unidad para acoger a los padres (sillones, zona de descanso)
- Elaborar información para los padres centrados en los cuidados en el desarrollo



EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Si queremos evaluar el impacto de la de la implantación del modelo en la Organización, debemos saber si el Modelo de Sinergia es congruente con los resultados obtenidos a partir de tres fuentes: pacientes, enfermeras, y el sistema sanitario.

La evaluación según el AACN Modelo Sinergia, nos lleva a evaluar los resultados en los pacientes, en las competencias enfermeras y en el sistema sanitario.

Los **resultados en los pacientes**, consideran las condiciones de los pacientes medidas a lo largo de un continuo. Los seis indicadores de calidad más importantes identificados según este modelo, son la satisfacción de los pacientes y sus familias, la tasa de incidentes adversos, tasa de complicaciones, la adhesión del plan, tasa de mortalidad, la estancia media de cada paciente.

Los resultados derivados del paciente incluyen cambios funcionales, cambios de comportamiento, confianza, satisfacción, comodidad y calidad de vida.

Los **resultados en las competencias enfermeras** se pueden evaluar a través del desarrollo y posterior valoración de las competencias. Los resultados derivados de las competencias de enfermería incluyen cambios fisiológicos, la presencia o ausencia de complicaciones y el grado en que los objetivos de tratamiento se ha alcanzado.

Datos de los **resultados derivados del sistema de salud** incluyen las tasas de reingreso, la duración de la estancia y la utilización de costo por caso [39].

Evaluación del Proyecto. Implementación del AACN Modelo Sinergia para el cuidado en la Organización del Servicio de Neonatología del CHN

▪ **Objetivos**

- Optimizar la calidad de los cuidados en el paciente/familia.
- Dotar a la organización de profesionales con las competencias necesarias y actualizadas, según sus necesidades presentes y futuras.
- Contribuir al impulso de la innovación y del desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de la organización, en un entorno cambiante.
- Promover la utilización de intervenciones de enfermería consensuadas entre profesionales, en los niños y sus familias, a través de la implementación del modelo de cuidados centrado en el desarrollo del niño.
- Contribuir a la adquisición de competencias mediante la enfermera mentora.
- Aumentar la eficiencia de la organización del servicio de neonatología.

▪ **Indicadores**

- Validación de la Encuesta mapa de competencias del servicio de Neonatología.
- Evaluación del nivel de competencias inicial de los profesionales del servicio.
- Reevaluación del nivel de competencias inicial de los profesionales del servicio a los 6 meses de su implantación.
 - Instrumento de medida. Encuesta mapa de competencias del servicio de Neonatología
 - Encuesta de satisfacción del mentor y aprendices (diseñar)

- Evaluación de la disminución de rotación de personal (a largo plazo).
- Evaluación de la satisfacción y grado de formación de los padres.
- Encuesta de satisfacción y formación de padres.
- Evaluación del aumento de altas precoces.
- GDR al alta.
- Evaluación de la disminución de reingresos.
- GDR de ingresos en hospitalización lactantes.
- Registro y disminución de la tasa de efectos adversos relacionados con la medicación.
- Disminución de la tasa de mortalidad.
- Evaluación y disminución del coste estancia por paciente.

CONCLUSIONES

La visión de un servicio limitado por un espacio físico, manejado desde la perspectiva de una especialidad médica, con actividad y carga asistencial correlacionada con el número de neonatos ingresados y éste con los recursos humanos, debe dejar paso a una unidad funcional sin límites físicos, centrada en el paciente, su familia y su entorno, gestionada por una organización horizontal y participativa con equipos multidisciplinares y que utilice con criterios de calidad los recursos disponibles. La atención debe girar alrededor del paciente, donde la sinergia se produce cuando las necesidades y características del paciente, y el sistema se corresponden con las competencias de la enfermera.

Las herramientas que nos proporciona la gestión nos sirven de motor para conseguir el cambio. El liderazgo saludable proporciona el apoyo de la organización, que permite la innovación.

Es importante considerar que el modelo de sinergia es adaptable a todas las áreas de la práctica de enfermería, incluso para determinar los criterios de dotación de personal para las unidades de cuidados intensivos (entre las que se debe incluir los cuidados intensivos neonatales). Es clásico la fijación de ratios de plantilla en función de estándares o números, como modelo para la dotación de personal sin tener en cuenta la gravedad y la complejidad de los pacientes. Las enfermeras están constantemente justificando el personal adicional necesario para equilibrar las necesidades según las competencias de las propias enfermeras y las necesidades de los pacientes. A través de los comentarios de las enfermeras en los que se muestran como la dotación de personal en las unidades de cuidados intensivos no reconoce adecuadamente las necesidades únicas del paciente, sino que se centran en la asistencia técnica y mecánica que estos requieren. El uso del modelo de sinergia para determinar la dotación de personal puede resultar más centrado en la atención del paciente y el mejor uso de los recursos [40].

En opinión de algunos autores [41] existe dificultad para aplicar tal y como se ha definido en EEU o Canadá, la enfermera de práctica

avanzada. Pueden generar confusión términos que hacen referencia a diferentes roles de las enfermeras, así enfermera especialista, enfermera de práctica avanzada. La definición o estandarización de la EPA admite división de opiniones, no obstante el objetivo de este proyecto no es discernir ni clarificar cuales son roles de EPA. La dificultad que esto entraña, y el hecho de que actualmente no se haya establecido un paralelismo entre la formación académica y la práctica asistencial en nuestro sistema de salud, no debe impedir el desarrollo de prácticas o roles que favorezcan el desarrollo profesional y la capacitación, mediante la evidencia científica y el trabajo interpersonal basado en la confianza y la transmisión de la experiencia.

En este contexto, las funciones del mentor se fundamentan en la necesidad de la búsqueda de la satisfacción en el trabajo y el compromiso de la organización con las nuevas enfermeras [21]. Ser mentor no quiere decir solamente ser experto en los cuidados que se realizan en la unidad en que desempeña su rol. Requiere un nivel de *expertise*, entendida esta como experiencia y conocimientos basados en la evidencia y en la práctica. No obstante no nos podemos quedar en las habilidades técnicas sin tener en cuenta las habilidades psicosociales. Desde la organización de los servicios, se debe alentar a las enfermeras mentoras a prestar apoyo psicosocial, en la orientación en el desarrollo profesional, dando oportunidades para la promoción, y la asignación de tareas que supongan un reto para el nuevo aprendizaje. En la selección de enfermeras mentoras se debe tener en cuenta desde la dirección y gestión de los servicios, sus conocimientos y habilidades, con el fin de que sean capaces de fortalecer la organización a través de su *mentoría*. La relación de confianza del mentor y el aprendiz, debe ser bidireccional, pero también la de ambos con la organización.

La evaluación de las competencias podemos entenderla como el proceso mediante el cual se recoge información acerca de las competencias desarrolladas que posee un profesional, para, posteriormente, compararlas con las competencias requeridas para

un determinado cometido o puesto de trabajo. Esta evaluación nos permite establecer áreas de mejora y mediante programas de adquisición de competencias avanzar desde la enfermera novata a la enfermera experta. Desde el punto de vista individual, la evaluación de las competencias, debe contribuir al desarrollo profesional, de una forma saludable. Desde el punto de vista de la organización permite establecer áreas de mejora y debería posibilitar una cobertura de puestos de trabajo más adecuada a las necesidades reales. Y desde el paciente, le debería dar garantía de calidad, siendo la enfermera un profesional capacitado para adaptarse a sus necesidades de forma individual y establecer la sinergia que le proporcione el cuidado adecuado.

La gestión por competencias, permite una gestión integral de los recursos humanos, cada vez más vigente en nuestro entorno. Aplicado a las organizaciones sanitarias representa un instrumento eficaz para la gestión del conocimiento para atraer, desarrollar, reconocer y mantener a los mejores profesionales.

Para que las competencias se puedan evaluar y medir se han de manifestar en forma de comportamientos observables y buenas prácticas medibles.

La evaluación de las competencias y la formación representan los procesos básicos para la aplicación de los diferentes subprocesos de gestión de personas.

Cada organización ha de identificar y definir el repertorio y un nivel de desarrollo de las competencias necesarias para sus fines, de forma que den respuesta a sus objetivos y contribuyan a obtener unos resultados de calidad y eficiencia.

Implementar el papel de enfermera especialista (CNS) en una unidad de cuidados neonatales, es un cambio incluso para la enfermera más experimentada. La complejidad del rol, así como la presión coste-efectividad para producir resultados positivos, puede ser frustrante y abrumar [3]. Comprender las competencias y las diferentes fases de estas, puede ser útil para las propias enfermeras, para la organización y para el paciente, y sin llegar a un desarrollo ortodoxo

o académico de la enfermera de práctica avanzada, utilizar esta herramienta como instrumento motivacional por su validez y sencillez.

De acuerdo con este modelo, el movimiento desde novato hasta experto es incremental pero no siempre lineal. Pueden darse mesetas, retrocesos y estancamientos, así como rápidos avances. Algunos individuos no avanzan el nivel de experto porque no llegan a estar comprometidos con su práctica. Es necesario tiempo y práctica para que las nuevas habilidades lleguen a estar incorporadas en la práctica. Puede ocurrir que personal considerado experto se encuentre en niveles bajos de habilidades cuando una situación es novedosa [3]. Incluso, que personal con un alto nivel en habilidades técnicas de práctica clínica avanzada, posean niveles más bajos en otras dimensiones que no han desarrollado del mismo modo.

Diversos estudios han realizado análisis económico de un programa de *mentoría*, siendo coste efectivo, ya que se reduce la variabilidad de personal y la rotación del mismo [22]. Sin embargo puede resultar difícil un análisis económico en nuestro entorno, relacionado con el sistema de movilidad y contratación de personal. A medio largo plazo, los beneficios se deben evaluar en la satisfacción y el aumento de la motivación de los profesionales, en indicadores de calidad que afectan a los niños y a sus familias y en los beneficios que esto reporta a la organización.

Entre los límites del programa de *mentoría*, están las dificultades para motivar a los mentores. Si la institución no es capaz de compensar económicamente a su personal puede haber problemas de continuidad. No obstante de forma simultánea a la manifestación de este problema, se proponen soluciones motivadoras, en forma de compensaciones horarias para formación, incentivos para la investigación y reconocimiento de su labor por la organización.

La utilización del Modelo Peppa, como guía facilita la implementación del modelo de práctica avanzada en la unidad de neonatología. La necesidad de establecer unos límites a este proyecto, a su aplicación

y a la implementación de nuevos roles evidencian una oportunidad para trabajos y desarrollos posteriores, que requieren una investigación y profundización mucho mayor.

Nos encontramos dificultades en el desarrollo de las competencias, de los niveles de experto, y en las estrategias para implantar nuevos roles. La complejidad de los mismos, la necesidad de resultados inmediatos y la desmotivación o frustración no debe impedir utilizar estrategias de futuro, que son presente en otros contextos.

Tal como citan Dracup y Bryan Brown [42], con la afluencia actual de las nuevas enfermeras, nosotros tenemos una oportunidad para dar forma al sistema de salud del mañana. Podemos crear un sistema que valora el talento y la generosidad de espíritu y que recompense el compromiso profesional.

A través de la aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo en el Servicio de Neonatología, volvemos al origen. Nuestro objetivo está en el paciente y su familia. La aplicación de estos cuidados se debe asentar sobre dos pilares, la formación y la colaboración multidisciplinar. La conclusión es, que para optimizar los resultados en los pacientes, como cita la guía del Hospital Vall d'Hebron, *los cuidados centrados en el desarrollo son un proceso sin meta, el camino es la mejora continua de las pautas aplicadas.*

Como reflexión, tras elaborar este trabajo proyecto, se puede decir que es posible llegar de la práctica a la teoría, pero también hacer el camino en sentido inverso.

Desde la experiencia y la práctica diaria a veces no hay posibilidades para la reflexión.

Al buscar y revisar la bibliografía existente, comienzan a surgir desarrollos teóricos que ponen nombre a la actividad asistencial, modelos de cuidados, teorías, recomendaciones centradas en el desarrollo, liderazgo saludable, innovación, reingeniería de procesos, calidad total.

Estas teorías, modelos y marcos para el desarrollo de una atención de calidad, centran y ponen de relieve pensamientos que llevados de la teoría a la práctica dan sentido y nombre a los cuidados diarios desde la evidencia y la metodología.

Pero el círculo no se cierra ahí, no sólo consiste en dar nombre a la práctica, a los valores y a las ideas. Si no en darnos cuenta que cuando hacemos esto, que con cada revisión, con cada artículo que leemos, unido a cada experiencia profesional se abre un nuevo mundo de oportunidades que dan valor añadido a la profesión y ofrecen nuevas oportunidades de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedro Gómez JE, Morales Asencio J M. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?. Index Enferm [revista en Internet]. 2004 Jun [consultado febrero 2012] ; 13(44-45): 26-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100006>.
2. Brennan PF, Anthony MK. Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. Research in Nursing & Health 2000; 23:372-382
3. McKinley MG , MSN, RN,CCRN. Acute and Critical Care. Clinical Nurse Specialists. Synergy for Best Practices. Elsevier 2007
4. Becker D, MSN, CRNP, BC, Kaplow R, RN, et al. Activities Performed by Acute and Critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. [Internet]. [acceso 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/2/130.full>
5. Hardin,S. Synergy for clinical excellence: The AACN synergy model for patient care. Editors Sonya R. Hardin. 2004.
6. Del Castillo A, Khosravi P, Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria. An. Med. Interna, Madrid 2005; 22;11, 509-510
7. Carter T.Risk and Uncertainty, Journal of Hospital Marketing & Public Relations, [Internet] 2010, 20:1, 66-86. [acceso 12 de enero de 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15390940903451014>
8. Hammer M, Champy J. Reingeniería de la empresa. Barcelona: Paramón; 1994.
9. Osorio J, Paredes E., Reingeniería de procesos en los hospitales públicos; ¿Reinventando la rueda? Rev. Esp. Salud Publica v.75 n.3 Madrid mayo 2001.
10. Gimenez MR, Segura G, Aplicabilidad del rediseño de procesos en el ámbito hospitalario público. [Internet] Enfermería Global, 2007,10. [acceso 12 de enero de 2012] Disponible en www.um.es/global/
11. Innovacion. Consejo General de Enfermería 2006 . [Internet] [consultado 18 de enero de 2012] Disponible en: <http://www.coib.org/uploadsBO/Generica/Documents/12-05%20CONSEJO%20ENFERMER%C3%ADA.PDF>

12. Pérez Pulido M, Terrón Torrado M. La teoría de la difusión de la innovación y su aplicación al estudio de los recursos electrónicos por los investigadores en la universidad de Extremadura. *Rev. Esp. Doc. Cient.*, 27, 3, 2004
13. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 4th ed., Free Press, New York, NY, 1995
14. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou, O. Difusión de innovaciones en las organizaciones de servicios: revisión sistemática y recomendaciones *Milbank Quarterly* 2004; 82 (4), 581-629
15. Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en enfermería. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Disponible en http://www.rnao.org/Storage/83/7762_1067_BPG_Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermer%C3%ADa.pdf
16. Lleixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marqués Molías L, Albacar Rioboo N. La profesión enfermera y los niveles competenciales. *Revista Rol Enfermería* 2009;32 (11):742
17. Hamric AB. A definition of advanced nursing practice. In Hamric AB, Spross JA, Hanson CM, eds. *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1996.
18. Advanced nursing practice. A National Framework 2008. [Internet]. [acceso 12 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_e.pdf
19. Hamric A B. "Advanced Practice Nursing: an integrative Approach" 4ª ed. Elsevier, 2009, ISBN: 978-1-4160-4392-8. [Internet]. [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://search.barnesandnoble.com/Advanced-Practice-Nursing/Ann-B-Hamric/e/9781416043928>
20. The AACN Synergy Model for Patient Care: Assumptions guiding the Synergy Model. [Internet]. [acceso 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.certcorp.org/certcorp/certcorp.nsf/vwdoc/SynModel?opendocument#Assumptions%20Gu>
21. Rhay- Hung W, Ching- Yuan Huang et al. Exploring the impact of mentoring functions on job satisfaction and organizational commitment of new staff nurses. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10: 240. [Internet]. [acceso 15 de febrero de 2012]. Published online 2010 August 16. doi: [10.1186/1472-6963-10-240](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-240) Disponible en: <http://dx.crossref.org/>

22. Buffum R, MSN, CCRN, Debra H. Brandon, PhD, RN, CCNS. Mentoring New Nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. Impact on Satisfaction and Retention. J Perinat Neonat Nursing Vol. 23, N ° 4, pp 357-362
23. LLeixá Fortuño M, Gisbert Cervera M, Marqués Molías L, Albacar Rioboo N. Evaluación de la competencia. Rev Rol Enf 2009; 32 (11):748
24. Ayuso Murillo D, Grande Sellera R. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. Diaz Santos, 2006.
25. Servicio de Salud de Castilla la Mancha .Manual de Calidad Asistencial. Edita SESCOAM; 2009
26. Juvé Undina ME, Farrero Muñoz S, Matud Calvo C, Monterde Prat D, Fierro Barrabés G, Marsal Serra R, Reyes Martín C, García Vidal B, Pons Prat A, Arnau Vives MJ, Martinez Luque R, Flores Moyá C. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalaria sus competencias asistenciales? Nurs 2007; 25(7);50-61
27. Martínez Carretero JM .Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOPE). Educ. méd. v.8 supl.2 Barcelona sep. 2005.En <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
28. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado, nº 157, 29 de junio de 2010
29. Gutiérrez Martí R, Ferrús Estopà L, Subirana Casacuberta M, Pellejà Adalid L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006/13.
30. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010
31. NIDCAP Vall d'Hebron, 2012). [Documento interno].
32. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Plan de mejoras herramientas de trabajo. [Internet]. [acceso 3 de marzo de 2011]. Disponible en: http://webs.uvigo.es/webcalidad/area_calidad/documentos/PEI_ANECA/plan_mejoras_pei.pdf
33. Plan de Salud de Navarra 2006-2012 [Internet]. [acceso 22 de marzo de 2011]. Disponible en.

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+de+Salud+de+N Navarra+2006-2012/

34. Líneas estratégicas CHN. [Intranet sanitaria]. [acceso 15 de febrero de 2012]
35. Memoria 2010 [Internet]. [acceso 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/54BC06F2-CA72-4F0C-A026-E89B5C335F3B/199409/Memoria2010COMPLETA3.pdf>
36. Memoria 2009 HVC. [Intranet sanitaria]. [acceso 15 de febrero de 2012].
37. García del Río M, Sánchez Luna E. Revisión de los estándares y recomendaciones para el diseño de una unidad de neonatología. *Anales de Pediatría*, 67(6): 594-602, Barcelona. Documento descargado en <http://www.doyma.es> el 05/01/2008
38. Lukosius and Di Censo. Modelo Peppa 2004. [Internet]. [acceso 22 de marzo de 2012]. Disponible en http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/2009_advanced_NP.pdf
39. Kaplow R. Synergy Model: guiding the practice of the CNS in acute and critical care. In McKinley M, ed. *AACN: Acute and Critical Care Clinical Nurse Specialists: Sharing Best Practices*. New York, NY: Elsevier, in press
40. Colette Hartigan R, RN, BSN, MBA, CCRN .Establishing Criteria for 1:1 Staffing Ratios *Critical Care Nurse*, Vol. 20, No. 2. [Internet]. [acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synpract8.pcms?pid=1&menu=certification>
41. Galao Malo R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index de Enfermería* [Index Enferm] (edición digital) 2009; 18(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>> Consultado el 17 de Marzo de 2012
42. Rhay- Hung W. Ching- Yuan H, Wen-Chen T, Li-Yu C, Syr-En L, and Mei-Ying L. Exploring the impact of mentoring funtions on job satisfaction and organizational commitment of new staff nurses. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 240. [Internet]. [acceso 12 de marzo de 2012]. Published online 2010 August 16. doi: [10.1186/1472-6963-10-240](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-240)

43. Dracup K. Bryan- Brwn CW. From Novice to Expert to Mentor: Shaping the Future. *Am J Crit Care* 204;13:448-450. Consultado 10 de Marzo de 2012 en ajcc.aacnjournals.org

ANEXOS

- Anexo I. Características de los pacientes
- Anexo II. Competencias o Dimensiones enfermeras
- Anexo III. Mapa competencias Neonatología
- Anexo IV. Resumen – Programa de Certificación
NIDCAP de la Nursery

ANEXO I. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Resiliencia (resistencia), capacidad para volver o restaurar el nivel de funcionalidad utilizando mecanismos de compensación, habilidad de recuperarse con rapidez después de una agresión

Nivel 1. Mínimamente resistente. No se puede obtener una respuesta, falta de compensación / mecanismos de afrontamiento, reservas mínimas/ frágiles

Nivel 3. Moderadamente resistente capaz de obtener una respuesta moderada, capaz de iniciar algún tipo de compensación, reservas moderadas

Nivel 5. Muy resistente capaz de obtener y mantener una respuesta; intactos mecanismos compensatorios de afrontamiento, reservas fuertes, resistencia

Vulnerabilidad, susceptibilidad a los factores reales o potenciales que puedan afectar negativamente a los resultados en los pacientes

Nivel 1. Altamente vulnerable, susceptible, sin protección, frágil

Nivel 3. Moderadamente vulnerable. Algo susceptible, en cierto modo protegido

Nivel 5. Mínimamente seguro, vulnerable, fuera de peligro, protegido, no es frágil

Estabilidad, capacidad de mantener un equilibrio en estado estacionario

Nivel 1. Mínimamente estable, lábil, inestable, que no responde a las terapias, riesgo alto de muerte

Nivel 3. Moderadamente estable, capaz de mantener el estado de equilibrio durante un período limitado de tiempo, y a veces la capacidad de respuesta a las terapias

Nivel 5. Muy estable, constante, responde a las terapias, bajo riesgo de muerte

Complejidad, el entrelazamiento complejo de dos o más sistemas (ej. cuerpo, familia, terapias)

Nivel 1. Muy intrincado, complejo, paciente / dinámica familiar complejos, ambiguo / vago, presentación atípica

Nivel 3. Moderadamente complejas, paciente / familia involucradas en la dinámica

Nivel 5. Mínimamente complejas, rutina del paciente / familia dinámica, sencilla / bien definido.

Disponibilidad de recursos, el alcance de recursos (Ej.

técnicos, personal, físicos, psicológicos y sociales) para el paciente, familia y comunidad
Nivel 1. Pocos recursos, no están disponibles conocimientos, habilidades y el apoyo financiero no está disponible un mínimo de personal/recursos de apoyo psicológico; pocos recursos de los sistemas sociales
Nivel 3. Recursos moderados, limitados conocimientos y habilidades, limitado apoyo financiero. Personal limitado/recursos de apoyo psicológico, limitados apoyos sociales.
Nivel 5. Disponibles muchos de los recursos, amplios conocimientos y habilidades accesibles. Fácilmente disponibles los recursos sociales y financieros, fuertes recursos de personal/recursos de apoyo psicológico, fuertes recursos de la organización.
Participación en cuidados, medida en que el paciente/familia se involucra en aspectos del cuidado
Nivel 1. Ni el paciente ni la familia, pueden o no quieren participar en el cuidado
Nivel 3. Nivel moderado de la participación del paciente y su familia, necesitan ayuda para el cuidado
Nivel 5. Plena participación del paciente y la familia en el cuidado
Participación en la toma de decisiones, medida en que el paciente/familia se involucran en la toma de decisiones
Nivel 1. Ni los pacientes ni la familia tienen la capacidad para la toma de decisiones, requiere de subrogación, no participan
Nivel 3. Nivel moderado de la participación del paciente y la familia, tienen una capacidad limitada, busca de consejos en otras personas para la toma de decisiones
Nivel 5. Plena participación del paciente y su familia, tienen la capacidad para toma la decisión por cuenta propia
Previsibilidad, característica que permite a un experto conocer el curso de la enfermedad o del evento
Nivel 1. No es predecible, incierto, paciente/enfermedad poco común, incluyendo supuestos inusuales o inesperados, no sigue la vía crítica, o ninguna ruta crítica desarrollada
Nivel 3. Moderadamente previsibles, en ocasiones se comporta como el resto de los pacientes/enfermedades
Nivel 5. Muy predecible, paciente/enfermedad común en la población, curso normal y esperado, sigue camino crítico

ANEXO II. COMPETENCIAS O DIMENSIONES ENFERMERAS

Juicio clínico	Razonamiento clínico que incluye la toma de decisiones clínicas, pensamiento crítico, y una comprensión global de la situación. Se requieren habilidades de enfermería a través del proceso de integración formal y conocimiento experimental
Nivel 1	Recoge datos de nivel básico. Sigue algoritmos, árboles de decisión y protocolos con todas las poblaciones y se siente incómodo desviándose de él. Relaciona el conocimiento formal con los eventos clínicos para tomar decisiones. Cuestiona los límites de su capacidad para la toma de decisiones y delega la toma de decisiones a otros clínicos. Incluye detalles superfluos
Nivel 3	Recoge e interpreta datos complejos del paciente. Realiza juicios clínicos basados en una visión de conjunto para la población de pacientes habituales o de rutina. Reconoce patrones y tendencias que pueden predecir la dirección de la enfermedad. Reconoce los límites y busca la ayuda apropiada. Se centra en los elementos clave de cada caso manteniendo fuera los detalles superfluos
Nivel 5	Sintetiza e interpreta múltiples fuentes de datos, en ocasiones en conflicto. Hace juicios basados en una captación inmediata de una visión de conjunto, a menos que se trabaje con una nueva población de pacientes. Emplea experiencias anteriores para anticiparse a los problemas. Ayuda al paciente y a la familia a ver la visión de conjunto. Reconoce los límites del juicio clínico y busca la colaboración y consulta con comodidad. Reconoce y responde a la situación dinámica
Intermediación y agente moral	Trabajando en nombre de otro y representando las preocupaciones de los pacientes, familias y / o personal de enfermería. Sirviendo como agente moral en identificar y ayudar para resolver problema éticos y clínicos dentro o fuera del ámbito clínico
Nivel 1	Trabaja en favor del paciente. Auto evalúa sus valores personales. Se consciente de los conflictos y problemas éticos que pueden surgir en el ámbito clínico. Toma decisiones éticas / morales basadas en reglas. Representa al paciente cuando el

	paciente no puede representarse a sí mismo. Se consciente de los derechos del paciente
Nivel 3	Trabaja en favor del paciente y familia. Considera los valores del paciente e incorpóralos al cuidado, incluso cuando difieren de sus valores personales. Apoya a los compañeros en problemas éticos y clínicos. La toma de decisiones morales puede desviarse de las normas. Demuéstralo y llévalo a cabo con la familia de los pacientes, permíteles hablar y representarse a sí mismos cuando es posible. Se consciente de los derechos del paciente y familia
Nivel 5	Trabaja en favor del paciente, familia y comunidad. Intermedia desde la perspectiva del paciente / familia, incluso cuando es similar o diferente de los valores personales. Intermedia / defiende en los conflictos éticos y problemas desde la perspectiva del paciente. Suspende las normas al dirigir las decisiones morales del paciente y familia. Faculta al paciente y familia para hablar para representarse a sí mismos. Alcanza la reciprocidad en las relaciones entre paciente y profesionales
Prácticas de cuidado	Conjunto de actividades de enfermería que crea un entorno compasivo, de apoyo y terapéutico para el paciente y con el equipo. El objetivo es promover confort, curación, y prevenir un sufrimiento innecesario. Incluye, pero no se limita la vigilancia, el compromiso y la capacidad de respuesta de los cuidadores, incluyendo a la familia y el cuidado personal.
Nivel 1	Céntrese en las necesidades diarias y costumbres de los pacientes. No se anticipe a necesidades futuras. Centra el cuidado en estándares y protocolos. Mantiene un entorno físico seguro. Reconoce la muerte como un resultado potencial
Nivel 3	Responde a cambios sutiles en el paciente y la familia. Relaciónate con el paciente como un paciente único y de una manera compasiva. Reconoce y adapta prácticas de cuidado individualizadas para el paciente y la familia. Personaliza (adapta) el entorno del paciente y familia. Reconoce que la muerte puede ser un resultado real
Nivel 5	Ten una consciencia inteligente y anticipáte a los cambios y necesidades del paciente y familia. Plenamente comprometido con la detección y la forma de estar junto al paciente, familia y comunidad. Lleva a cabo prácticas de cuidado siguiendo la iniciativa del paciente y familia. Anticipáte al peligro y evítalo promoviendo la seguridad a lo largo de la transición del paciente y

	familia en el continuo del cuidado de la salud. Dirige el proceso que asegura el confort del paciente y familia y las preocupaciones entorno a cuestiones como la muerte y durante el proceso de morir
Colaboración	Trabajando con otros, incluyendo médicos, familias y otros miembros del equipo de salud, para promover y fomentar la contribución de cada persona para alcanzar los objetivos óptimos y realistas del paciente. Colaboración incluye el trabajo con otros compañeros de forma interdisciplinar y multidisciplinar
Nivel 1	Dispuesto a ser enseñado, entrenado o tutorizado. Participa en reuniones de equipo y discusiones sobre cuestiones relacionadas con el cuidado del paciente y / prácticas. Abierto a la contribución de varios miembros del equipo
Nivel 3	Busca oportunidades para ser enseñado, entrenado o autorizado. Provoca consejos y perspectivas de otros (los demás). Inicia y participa en reuniones de equipo y discusiones relacionadas con el cuidado del paciente y / o la práctica. Reconoce y sugiere la participación de varios miembros del equipo
Nivel 5	Busca oportunidades para enseñar, entrenar o autorizar y para ser enseñado, entrenado o autorizado. Facilita la participación activa y complementaria de otros miembros del equipo en reuniones y discusiones relacionadas con el cuidado del paciente y / o cuestiones prácticas. Recurre a diversas fuentes para optimizar los resultados del paciente
Pensamiento en la organización	Un cuerpo de conocimientos y herramientas que permite a la enfermera administrar cualquiera que sea el ambiente y los recursos existentes en el sistema para el paciente, la familia y el personal dentro o a través del cuidado de la salud y sistemas de cuidado no sanitario
Nivel 1	Utiliza un conjunto limitado de estrategias. Punto de vista limitado. Ve las piezas o componentes. No reconoce la alternativa de la negociación. Ve al paciente y a la familia dentro del entorno aislado de la unidad. Se ve a sí mismo como un recurso clave
Nivel 3	Desarrolla estrategias basadas en las necesidades y fortalezas de los pacientes / familias. Se capaz de hacer conexiones entre los componentes. Ve la oportunidad de negociar pero puede no tener estrategias. Desarrolla una visión del proceso de transición del paciente/ familia. Reconoce cómo obtener recursos más allá de sí mismo

Nivel 5	Desarrolla integra y aplica una variedad de estrategias que están dirigidas por las necesidades y fortalezas de los pacientes / familias. Ten un punto de vista global u integral: ve la totalidad más que las piezas. Conoce cuándo y cómo negociar y moverse a través del sistema en favor de los pacientes y familias. Anticípate a las necesidades de los pacientes y familias cuando se mueven a lo largo del sistema de cuidado de la salud. Utiliza los recursos alternativos y sin explotar cuando sea necesario
Respuesta a la diversidad	La sensibilidad de reconocer, apreciar e incorporar diferencias al proporcionar cuidado. Las diferencias pueden incluir pero no se limitan a la individualidad, a las diferencias culturales, creencias espirituales, género, raza, etnia, discapacidad, configuración familiar, estilo de vida, estatus socio económico, edad, valores, y medicina alternativa. Involucra a las familias de los pacientes y los miembros del equipo de salud
Nivel 1	Evalúa la diversidad cultural. Proporciona cuidados basados en el propio sistema de creencias. Aprende de la cultura del entorno del cuidado de salud
Nivel 3	Investiga sobre la diversidad cultural y considera su impacto en el cuidado. Acomoda las diferencias personales y profesionales en el plan de cuidados. Ayuda al paciente y familia a comprender la cultura del sistema de cuidado de la salud
Nivel 5	Responde, anticipa e integra las diferencias culturales en el cuidado del paciente y familia. Aprecia e incorpora las diferencias, incluyendo terapias alternativas en el cuidado. Adapta la cultura del cuidado de salud, en la medida de lo posible, para incorporar las diversas necesidades y fortalezas del paciente / familia
Facilitación del aprendizaje Orientador	La capacidad de facilitar (canalizar) el aprendizaje para pacientes, familias, equipo de enfermería y otros miembros del equipo y la comunidad de cuidadores; incluyendo ambas, facilitación (canalización) del aprendizaje formal e informal
Nivel 1	Sigue programas de educación planificados. Contempla la educación de los pacientes y familias como algo separado de la función de proporcionar cuidado. Proporciona datos sin tratar de evaluar la disposición del paciente o la comprensión. Tiene limitaciones de conocimiento de la totalidad de las necesidades de educación. Se centra en la perspectiva de la enfermera. Contempla al paciente como un receptor pasivo
Nivel 3	Adapta programas de educación planificados.

	Comienza a reconocer e integrar diferentes formas de enseñanza en la prestación de cuidados. Incorpora la comprensión del paciente a la práctica. Observa la superposición de los planes de educación desde la perspectiva de diferentes proveedores de atención de salud. Comienza a ver que el paciente tiene una aportación a objetivos, comienza a ver el individualismo
Nivel 5	Modifica de forma creativa o desarrolla programas de educación al paciente / familia. Integra la educación al paciente / familia al proporcionar cuidado. Evalúa la comprensión del paciente observando los cambios de conducta relacionados con el aprendizaje. Es capaz de colaborar e incorporar todos los proveedores de salud y programar planes de educación para el paciente / familia. Establece los objetivos del paciente para la educación. Ve que el paciente / familia, tiene elecciones y consecuencias que se negocian en relación a la educación
Investigación clínica	El proceso actual de cuestionar y evaluar la práctica, proporcionando una práctica informada, creando cambios en la práctica mediante el empleo de la investigación y el uso del conocimiento
Nivel 1	Sigue los estándares y guías. Aplica cambios clínicos y desarrolla prácticas basadas en la investigación de otros. Reconoce la necesidad de aprendizaje para mejorar el cuidado del paciente. Reconoce cambios obvios en la situación del paciente (Ej. deterioro, crisis). Necesita y busca ayuda para identificar el problema del paciente
Nivel 3	Cuestiona de forma apropiada las normas y guías. Se cuestiona la práctica actual. Busca consejo, recursos o información para mejorar el cuidado del paciente. Comienza a comparar y contrastar posibles alternativas
Nivel 5	Mejora, desvía o individualiza los estándares y las guías para la situación concreta del paciente o población. Cuestiona y o evalúa la práctica actual basándose en la respuesta del paciente. Revisa la literatura, la investigación y la educación / aprendizaje. Adquiere conocimiento y habilidades necesarias para dirigir las preguntas que se plantean en la práctica y mejora el cuidado del paciente. (El dominio del juicio clínico y de la investigación clínica convergen en el nivel de experto; no pueden separarse)

ANEXO III. MAPA DE COMPETENCIAS NEONATOLOGÍA

5.1	Competencias en comunicación	N
5.1.1	Demostrar una comunicación eficaz, estableciendo relaciones profesionales con el recién nacido y familia	I
5.1.2	Utilizar la entrevista clínica de forma efectiva para la valoración integral del recién nacido y familia	II
5.1.3	Demostrar capacidad para la relación terapéutica en un entorno multicultural, facilitando la comprensión de la información, utilizando, si es necesario, recursos gráficos adecuados a su cultura y estado de salud que den respuesta a sus necesidades	IE
5.1.4	Mostrar comprensión del contexto individual y familiar del recién nacido adaptando los cuidados a las diversas realidades y culturas	IE
5.1.5	Mostrar una actitud de respeto, tolerancia y empatía en la relación con el recién nacido, y familia acorde a la situación y en cualquier ámbito del cuidado	I
5.1.6	Utilizar un lenguaje comprensible y acorde con la edad, el idioma y los conocimientos de la familia	I
5.1.7	Aplicar diferentes estrategias de comunicación que faciliten, a la familia, el afrontamiento de los procesos que conlleven hospitalización, una pérdida o un cambio de vida para facilitar un ajuste adecuado ante una nueva situación	II
5.1.8	Facilitar la adaptación de la familia ante la hospitalización del recién nacido, e implicarla de forma progresiva en los cuidados	I
5.1.9	Analizar a través de supuestos prácticos diferentes interacciones entre el profesional y el recién nacido, y familia, explicando con argumentos el tipo de interacción y proponiendo áreas de mejora	II
5.1.10	10. Diseñar, individualmente o con el equipo, material de divulgación para contribuir a mejorar los conocimientos sobre los cuidados o hábitos de salud del recién nacido, y familia	II
5.1.11	Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación relacionadas con los cuidados de la salud	I
5.1.12	Demostrar habilidad en el manejo de los programas y aplicaciones informáticas utilizando los diferentes sistemas de información sanitaria	II
5.1.13	Colaborar en las sesiones conjuntas del equipo con otros profesionales para intercambiar información en la atención prestada al recién nacido, y familia para planificar actuaciones coordinadas	I

5.1.14	Participar con el equipo interdisciplinar en la elaboración de guías clínicas y protocolos de actuación	II
5.1.15	Demostrar capacidad para comunicarse y establecer relaciones profesionales con otros grupos sociales: asociaciones, medios de comunicación, etc.	III
5.1.16	Demostrar capacidad de negociación para la prevención y resolución de los conflictos dentro del equipo interdisciplinar y multidisciplinar	III

5.2	Competencias en gestión clínica	
5.2.1	Aplicar las herramientas de gestión por procesos a la gestión clínica	
5.2.2	Aplicar la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE) como instrumento para la gestión clínica: toma de decisiones, variabilidad de la práctica clínica, guías de práctica clínica, seguridad de los pacientes y evaluación de la práctica	I
5.2.3	Aplicar los modelos de gestión orientados al paciente que garanticen prácticas seguras y eficaces	IE
5.2.4	Manejar la evaluación de la práctica clínica y aplicar los distintos instrumentos de evaluación	II
5.2.5	Demostrar capacidad para liderar un equipo poniendo en práctica las técnicas de dirección de grupos, gestionando y delegando cuidados en los diferentes miembros del equipo	III
5.2.6	Motivar e involucrar a las personas del equipo, estableciendo mecanismos que refuercen la comunicación y el diálogo, promoviendo el desarrollo de la capacidad en la toma de decisiones y de asumir responsabilidades	III
5.2.7	Actuar como puente entre la organización y el equipo, haciendo el seguimiento del cumplimiento de los objetivos, poner los medios para conseguirlos y hacer cumplir las normas establecidas	II
5.2.8	Recoger, analizar y difundir la información pertinente para que todas las personas del equipo dispongan de la necesaria para realizar su trabajo y tomar decisiones	III
5.2.9	Reconocer situaciones susceptibles de control, vigilancia, prevención e intervención a nivel social, sanitario y medioambiental para planificar acciones coherentes y adaptadas a la realidad de la atención de la población pediátrica	II
5.2.10	Buscar la excelencia en su actividad profesional orientada a los resultados y centrada en la mejora continua	IE
5.2.11	Participar y/o coordinar los proyectos que incluyan acciones de mejora en los cuidados prestados al recién nacido, y familia	II
5.2.12	Proponer nuevos métodos y soluciones a las diferentes situaciones derivadas del cuidado al recién nacido, y familia.	II
5.2.13	Conocer y manejar las herramientas de medición de la calidad percibida	
5.2.14	Manejar los instrumentos y metodología para la evaluación de resultados en mejora de la calidad	
5.2.15	Conocer el Modelo Europeo de Excelencia y otros modelos de calidad	
5.2.16	Conocer las características generales de los Sistemas de Información Sanitaria (SIS), sus principios básicos y sus limitaciones	
5.2.17	Conocer y manejar la historia clínica electrónica	IE

5.2.18	Manejar los programas y las aplicaciones informáticas de uso más frecuente en la práctica garantizando el secreto profesional y la calidad de los registros	IE
5.2.19	Interpretar los indicadores de actividad más habituales	I
5.2.20	Identificar y gestionar los procesos claves necesarios en los diferentes ámbitos de actuación, de manera cooperativa con el equipo, para ofrecer unos servicios adaptados a las necesidades durante la infancia	II
5.2.21	Gestionar los cuidados de enfermería en pacientes, vulnerables y de alta complejidad	II
5.2.22	Analizar críticamente los resultados obtenidos en los planes de cuidados, teniendo en cuenta las necesidades cambiantes de los recién nacidos, y familias según su evolución	III
5.2.23	Defender y promover la toma de decisiones o elecciones informadas de los niños y familias en relación a su proceso, contribuyendo a aumentar su autonomía	II
5.2.24	Conocer, respetar y defender los derechos del niño, y los derechos del niño hospitalizado recogidos en la Carta Europea	I
5.2.25	Conocer y tener en cuenta la legislación vigente sobre la salud infantil de la Comunidad Autónoma en la que desarrolla su práctica profesional y a nivel nacional	I
5.2.26	Asesorar sobre la legislación vigente y sus derechos a los niños y familias	II
5.2.27	Analizar la propia cultura y la de otros, identificando las repercusiones en las conductas de auto cuidado y en la actuación profesional en los diferentes ámbitos del cuidado de la enfermera <i>de neonatología</i>	I
5.2.28	Demostrar respeto, tolerancia y sensibilidad con los valores, el grupo étnico, las creencias y costumbres al llevar a cabo los planes de cuidados y en su intervención profesional para individualizarlos y adaptarlos a las diferentes situaciones	I
5.2.29	Gestionar y asegurar la continuidad de cuidados para conseguir una actuación compartida y coordinada entre atención primaria y especializada	II
5.2.30	Asumir los cambios, adaptándose a las diferentes situaciones, en los diferentes ámbitos de su práctica profesional como enfermera de <i>neonatología</i>	II

5.3	Competencias docentes	
5.3.1	Reflexionar sobre el concepto de educación para la salud, su importancia legal, ética y financiera, teniendo en cuenta la complejidad del cambio en los estilos de vida, para defender los derechos de los recién nacidos, y familias a estar formados e informados	IE
5.3.2	Realizar un análisis de la situación social y sanitaria del recién nacido, y familia para identificar posibles áreas de intervención prioritaria en materia de educación para la salud.	I
5.3.3	Planificar intervenciones profesionales contextualizadas, demostrando conocimiento de las etapas evolutivas de la infancia y, llevar a cabo educación sanitaria para mantener un óptimo estado de salud y evitar riesgos	II
5.3.4	Realizar intervenciones educativas donde se fomente el desarrollo de habilidades para mantener y potenciar la autonomía de la familia	I
5.3.5	Diseñar, llevar a cabo y evaluar un programa de Educación para la Salud, con materiales de apoyo al aprendizaje, demostrando argumentación y coherencia, aplicando diferentes estrategias educativas para contribuir a la prevención de riesgos y al fomento y promoción de la salud de los recién nacidos, y familias	III
5.3.6	Desarrollar en su práctica su función docente con otros miembros del equipo de enfermería, con personal de nueva incorporación y con otros alumnos de enfermería	II
5.3.7	Reflexionar sobre su propio aprendizaje asumiendo la responsabilidad de ello, utilizando diferentes métodos para su formación y desarrollo profesional	IE
5.3.8	Demstrar una actitud de mejora continua, cuestionándose su práctica, buscando la información, proponiendo innovaciones, participando en las sesiones del equipo y en las actividades de formación de la unidad, así como en las actividades de formación continuada	I
5.3.9	Participar en distintas actividades docentes: diseño y organización de sesiones y talleres, impartición de clases y conferencias, etc. dirigidas a profesionales de Enfermería y a otros profesionales	III

5.4	Competencias en investigación	
5.4.1	Demostrar una actitud observadora y reflexiva ante la práctica clínica e inquietud científica	IE
5.4.2	Evaluar el efecto de su práctica, identificando los factores que intervienen en el resultado, planteándose cambios desde una actitud de aprendizaje y mejora continua	II
5.4.3	Cuestionar la realidad, buscando el contraste con otros (literatura, profesionales, clientes, etc.) buscando respuestas a sus interrogantes, identificando evidencias científicas, contribuyendo así a la actualización del conocimiento.	III
5.4.4	Demostrar conocimientos y habilidades para desarrollar protocolos y guías de práctica clínica, valorar su efectividad, actualización y repercusión en la prestación de los cuidados.	II
5.4.5	Elaborar preguntas de investigación en el ámbito de la enfermería pediátrica	II
5.4.6	Demostrar habilidad en la búsqueda de información en las principales bases de datos, selección y lectura crítica de la documentación específica y relevante, relacionada con la especialidad	I
5.4.7	Identificar un problema de investigación de interés para la enfermería pediátrica factible, relevante y/o innovador (<i>en el servicio de neonatología</i>)	III
5.4.8	Demostrar un conocimiento adecuado del tema, presentando una argumentación clara, sustentada en una lectura amplia de la bibliografía y articulado con la experiencia práctica	III
5.4.9	Tener en cuenta los principios éticos de la investigación científica	IE
5.4.10	Elaborar un proyecto de investigación sobre un área específica en enfermería pediátrica, con un diseño metodológico adecuado al problema de estudio, utilizando los diferentes instrumentos de la investigación cualitativa y/o cuantitativa y realizar la defensa pública del mismo	
5.4.11	Escribir trabajos científicos propios de la especialidad	
5.4.12	Realizar una presentación oral, con una adecuada utilización del tiempo y de los medios audiovisuales	
5.4.13	Participar en los diferentes foros profesionales del ámbito de la especialidad exponiendo y defendiendo los trabajos realizados	
5.4.14	Transmitir a la sociedad y a la comunidad científica los resultados de los trabajos de la investigación	

5.5.2	Recién nacidos con problemas de salud	
5.5.2.1	Valorar al recién nacido en función de la edad gestacional y peso, utilizando las curvas y tablas de crecimiento establecidas al efecto.	IE
5.5.2.2	Valorar al neonato en función de la edad gestacional y madurez mediante el Test de New Ballard Score	I
5.5.2.3	Reconocer los problemas de genética que se presentan en los recién nacidos y la casuística de patologías durante el periodo perinatal	II
5.5.2.4	Valorar al recién nacido enfermo, teniendo en cuenta las necesidades específicas (termorregulación, nutrición, oxigenación, etc.), analizar e interpretar los datos recogidos, identificar precozmente los signos y síntomas de riesgo y planificar los cuidados en cada situación específica, de acuerdo con los estándares de calidad establecidos	II
5.5.2.5	Manejar con seguridad y delicadeza al recién nacido enfermo (pre términos, grandes inmaduros, bajo peso, malformaciones, etc.), utilizando adecuadamente la tecnología propia de la unidad, evitando manipulaciones innecesarias, disminuyendo los estresores medioambientales para favorecer el confort, bienestar y un desarrollo adecuado	IE
5.5.2.6	Preparar, administrar y supervisar los tratamientos farmacológicos con rigor, teniendo en cuenta los principios de seguridad clínica	IE
5.5.2.7	Valorar al recién nacido con defectos congénitos, planificar los cuidados y evaluar su evolución	II
5.5.2.8	Colaborar con el equipo de transporte neonatal adaptando la logística y el equipamiento al tipo de transporte, cumplimentando el protocolo específico y logrando una comunicación eficaz entre los distintos dispositivos implicados	II
5.5.2.9	Realizar los cuidados de enfermería durante el transporte, previa valoración del recién nacido, identificando precozmente las desviaciones de normalidad y sus necesidades durante el traslado	II
5.5.2.10	Medir las constantes vitales del recién nacido: frecuencia cardíaca (FC), respiratoria (FR), presión arterial (PA), temperatura periférica y la saturación de oxígeno (SatO2) mediante pulsioximetría, para valorar y lograr la estabilización de la situación hemodinámica.	I
5.5.2.11	Valorar los parámetros metabólicos, detectar los posibles problemas (hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, etc.), y aplicar el tratamiento adecuado	II
5.5.2.12	Identificar los signos de hiperbilirrubinemia neonatal, fisiológica y no fisiológica, aplicar las medidas de prevención y realizar los cuidados del recién nacido que requiere fototerapia y/o exanguinotransfusión	I
5.5.2.13	Conocer los principios del soporte nutricional y detectar indicadores de nutrición inapropiada o inadecuada, planificar la intervención y/o informar al equipo	II


5.5.2.14	Conocer y utilizar correctamente las técnicas de administración de alimentación al recién nacido enfermo mediante las distintas vías (oral, enteral y parenteral)	II
5.5.2.15	Llevar a cabo el cuidado del neonato alojado en incubadora, el control de temperatura, humedad, oxígeno, observando su estado de forma continua, atendiendo a las necesidades de higiene, alimentación, cuidados de la piel, etc., y manteniendo el aislamiento térmico y acústico	I
5.5.2.16	Mantener la temperatura corporal del neonato conociendo los síntomas de estrés por frío, estrés crónico por frío, lesiones neonatales por frío, mecanismos principales de pérdida de calor, así como el tratamiento para prevenir la pérdida de calor	I
5.5.2.17	Aplicar el protocolo de manipulación mínima a recién nacidos de peso extremadamente bajo y utilizar los dispositivos que contribuyan a su bienestar y confort	II
5.5.2.18	18. Conocer las enfermedades respiratorias que pueden aparecer en la etapa neonatal, proporcionar cuidados de enfermería en relación al apoyo respiratorio, administrar de forma segura la oxigenoterapia, mediante oxigenación por membrana extracorpórea, cámara de Hood, a través de incubadora, CPAP, controlando la saturación de oxígeno y detectar precozmente las posibles complicaciones respiratorias	II
5.5.2.19	Efectuar con habilidad distintas maniobras de aspiración, conocer las indicaciones, el material y técnicas adecuadas así como las complicaciones	II
5.5.2.20	Realizar canalización de vías específicas en el recién nacido (inserción de catéter epicutáneo, utilizando el material y técnica adecuada conociendo las posibles complicaciones)	II
5.5.2.21	Demostrar sensibilidad y habilidad en la valoración y tratamiento del dolor en el neonato, utilizando las diversas escalas existentes, aplicando los diferentes tratamientos farmacológicos, físicos y/o terapias complementarias, para conseguir la disminución o eliminación del dolor	IE
5.5.2.22	Conocer y realizar las maniobras de RCP neonatal básica y avanzada	IE
5.5.2.23	Supervisar las medidas de prevención de infecciones nosocomiales y vigilar el cumplimiento de los protocolos establecidos	III
5.5.2.24	Utilizar las medidas de protección medioambiental, controlando la iluminación de la unidad, minimizando el ruido, adaptando las temperaturas y ofreciendo al recién nacido un entorno confortable y seguro, lo más semejante al claustro materno	I
5.5.2.25	Conocer y poner en práctica técnicas de relajación y masaje neonatal	I

5.5.2.26	Fomentar la comunicación y el desarrollo del vínculo afectivo de los padres con el recién nacido y promover la práctica del método canguro	IE
5.5.2.27	Apoyar a los padres de los recién nacidos atendidos en la Unidad Neonatal, realizando la acogida en la unidad, explicándoles las normas y horarios, proporcionando información y facilitando su estancia	IE
5.5.2.28	Promover el acercamiento de los padres, facilitándoles el acceso al recién nacido que permanece en incubadora, explicándoles las normas básicas de puericultura e higiene necesarias	I
5.5.2.29	Fomentar la lactancia materna apoyando a la madre en el inicio mantenimiento de lactancia, explicando las ventajas de la misma para la salud del recién nacido y la madre	I
5.5.2.30	Explicar a la madre la técnica de la lactancia materna, la extracción de la misma y su conservación	I
5.5.2.31	Tener en cuenta las conductas, costumbres, normas, ritos y creencias de las familias del neonato respetando la diversidad, las características propias de cada cultura y nuevos modelos de familia	IE
5.5.2.32	Realizar cuidados enfermeros a recién nacidos con un proceso quirúrgico, adecuando dichos cuidados a las necesidades específicas, identificar precozmente las posibles complicaciones, intervenir y /o derivar a otro profesional	II
5.5.2.33	Proporcionar a la familia estrategias/medidas de apoyo que ayuden en la conducta a seguir ante el agravamiento de la enfermedad, muerte neonatal y seguimiento del duelo ayudándoles a realizar un afrontamiento adecuado	II
5.5.2.34	Colaborar en la planificación del alta domiciliaria estableciendo nexos de comunicación con la enfermera y la matrona de Atención Primaria, proporcionando a los padres el apoyo necesario para posibilitar la adaptación familiar	I
5.5.2.35	Valorar al recién nacido, planificar, realizar las intervenciones enfermeras necesarias para el mantenimiento de la salud del neonato en el domicilio y proporcionar apoyo a la familia en la educación sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido en los programas de alta precoz	I

5.5.4	Recién nacidos, niños y adolescentes atendidos en unidades de cuidados intensivos y urgencias	
5.5.4.1	Aplicar adecuadamente el protocolo de acogida al recién nacido, y familia en la unidad de urgencia y cuidados intensivos	II
5.5.4.2	Realizar correctamente la valoración, planificación de los cuidados y evaluación de las diferentes intervenciones de enfermería en la unidad de urgencias, UCIN de acuerdo a los estándares de calidad	III
5.5.4.3	Proporcionar al recién nacido, en situación crítica, los cuidados de enfermería específicos, y complejos con destreza y responsabilidad garantizando una práctica ética y segura	III
5.5.4.4	Conocer y demostrar habilidad en la realización de las diferentes intervenciones enfermeras en los procesos más habituales en urgencias, UCIN	II
5.5.4.5	Realizar y/o colaborar en las técnicas de cirugía menor más habituales, dentro del ámbito de los cuidados enfermeros pediátricos	II
5.5.4.6	Trabajar de manera cooperativa y coordinada con el equipo interdisciplinar en la atención del recién nacido, crítico, asumiendo la responsabilidad de los cuidados y la prevención de complicaciones	III
5.5.4.7	Consultar las diferentes fuentes para buscar información y participar en las sesiones clínicas de la unidad, asistir a las actividades de formación como discente o docente con la preparación y exposición de un trabajo de interés para el equipo, así como participar en la formación de otros miembros del equipo	III
5.5.4.8	Identificar los signos de alarma, y actuar de manera autónoma o en equipo con rapidez, anticipación y profesionalidad demostrando habilidad en la toma de decisiones en situaciones de compromiso/ urgencia vital en el recién nacido	III
5.5.4.9	Identificar precozmente las complicaciones derivadas de la hospitalización (úlceras por presión, alteraciones de la movilidad, infecciones nosocomiales, etc.), y planificar y llevar a cabo intervenciones de manera autónoma que eviten o disminuyan las complicaciones	II
5.5.4.10	Realizar con seguridad la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada teniendo en cuenta las diferencias específicas a cada edad y enseñarla a otros profesionales y/o personal en formación	III
5.5.4.11	Preparar y administrar los tratamientos farmacológicos con rigor, teniendo en cuenta los principios de seguridad clínica	IE
5.5.4.12	Trasmitir la información y prestar la ayuda necesaria, para favorecer la vivencia de la nueva situación, la adaptación de la familia a la unidad y la implicación en los cuidados del recién nacido, críticamente enfermo	II

5.5.4.13	Apoyar y acompañar a los familiares en situaciones de agravamiento y/o muerte del recién nacido crítico, utilizando estrategias específicas	II
5.5.4.14	Realizar el procedimiento y cuidados de enfermería: canalización de vías venosas centrales (inserción a través de la vía umbilical o periférica) y periféricas, vías intraóseas, arteriales, alimentación enteral y parenteral, medición del gasto cardíaco	III
5.5.4.15	Colaborar en la inserción de catéteres pleurales, de diálisis peritoneal, de presión intracraneal, lavados gástricos, inmovilización con yesos y férulas en las fracturas, etc. siguiendo los criterios de calidad y seguridad	III
5.5.4.16	Demostrar habilidad y seguridad en el manejo, preparación y cuidados de enfermería del drenaje torácico, punción lumbar, y reservorio subcutáneo	III
5.5.4.17	Manejar y controlar la ventilación no invasiva	II
5.5.4.18	Manejar con habilidad y seguridad los medios tecnológicos de la unidad: respiradores, monitores, bombas de infusión, bombas de alimentación, desfibriladores, carro de parada, óxido nítrico, CIPAP nasal, BIPAP, hemofiltro, cunas térmicas, incubadoras, superficies especiales de manejo de presión (SEMP), mantas térmicas, aparato de ECG, sistemas de drenaje (pericárdico, craneal), capnógrafos, PICCO, etc.	III
5.5.4.19	Manejar y controlar el adecuado funcionamiento del material y medios técnicos existentes en la unidad, incluyendo especial revisión del carro de reanimación	II
5.5.4.20	Preparar correctamente el traslado del recién nacido, a otras unidades u otros centros para la realización de diferentes pruebas o tratamientos	II
5.5.4.21	Conocer la documentación clínica, del recién nacido, existente en la unidad, cumplimentar correctamente los registros correspondientes y manejar adecuadamente los programas informáticos	I
5.5.4.22	Conocer y aplicar los protocolos y normas de la unidad de UCIN	II
5.5.4.23	Demostrar habilidad para valorar el dolor en el recién nacido, utilizando las diferentes escalas según su edad y estado de sedación	II
5.5.4.24	Utilizar los fármacos pautados y las terapias complementarias para disminuir el dolor y el stress del recién nacido, niño o adolescente.	I
5.5.4.25	Poner en marcha medidas de protección del impacto medioambiental en las unidades de UCIN teniendo en cuenta: la luz, el ruido, la manipulación, los olores, etc	I
5.5.4.26	Promover la participación de los padres implicándoles progresivamente en los cuidados del recién nacido, enseñándoles a diferenciar signos y síntomas de alarma, fomentando el vínculo afectivo, la estimulación del niño y la realización de los cuidados bajo la supervisión de la enfermera <i>experta</i>	I

5.5.4.27	Planificar con los padres los cuidados al alta de la UCIN, a otra unidad de hospitalización o a su domicilio y cumplimentar el informe de continuidad de cuidados para garantizar una atención adecuada a la situación	II
5.5.4.28	Presentar casos clínicos de pacientes atendidos, en sesiones con el equipo de la unidad	III
5.5.4.29	Planificar y llevar a cabo los cuidados de enfermería teniendo en cuenta la situación de muerte inminente, ayudando a reducir las molestias físicas del paciente y apoyar familia proporcionando estrategias de afrontamiento	III
5.5.4.30	Llevar a cabo actividades junto al resto del equipo para ayudar a «bien morir»: respetar y ayudar a la familia ante los problemas emocionales, sociales, ambientales, etc., controlar los síntomas, preparar para la muerte y el seguimiento posterior del duelo	II



ANEXO IV. PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN NIDCAP DE LA NURSERY

Los avances en terapia intensiva perinatal y neonatal han logrado que disminuya considerablemente la tasa de mortalidad para los recién nacidos prematuros y recién nacidos que presentan alto riesgo. El reto que enfrentan los profesionales de la salud, que cuidan a estos niños y a sus familias, no es sólo asegurar la supervivencia de los bebés, sino también optimizar su curso de desarrollo y evolución.

La implementación efectiva del cuidado del desarrollo en una unidad neonatal es el objetivo de todo entrenamiento y especialización provista en el marco del NIDCAP.

Un enfoque clave del programa NIDCAP es el apoyo educativo y de consulta, y la asistencia a la UCIN y la Unidad de Cuidados Especiales para la eficaz prestación de un cuidado individualizado e intensivo centrado en la familia, dentro del marco del neurodesarrollo.

Basado en la gran experiencia, avanzar en la ejecución satisfactoria del cuidado intensivo del recién nacido en un marco de desarrollo normalmente es un proceso de varios años. Se trata de un equipo dedicado, trabajando hacia un objetivo común, que es proporcionar el mejor cuidado del desarrollo para los niños en sus unidades y para sus familias.

El Programa de Certificación NIDCAP de la Nursery, auspiciado por la Federación Internacional NIDCAP (NFI), busca reconocer la excelencia del compromiso de la Nursery del hospital y la integración de los principios del Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido y el Programa de Evaluación (NIDCAP) para los niños y sus familias.

A tal fin, una serie de Escalas de Criterios han sido desarrolladas para evaluar el nivel de cuidado individualizado, centrado en la familia, y el apoyo del desarrollo que la nursery provee para el cuidado de los

niños y sus familias, así como también para el equipo médico que participa brindando dicho cuidado. Las Escalas de Criterios son agrupadas por las áreas evaluadas, que incluyen:

Entorno Físico del Hospital y de la Unidad de Neonatología

Filosofía e Implementación del Cuidado: el Niño

Filosofía e Implementación del Cuidado: la Familia

Filosofía e Implementación del Cuidado: Miembros Profesionales y Equipo médico

La certificación de la Nursery NIDCAP es una meta y un proceso a la vez. Las Unidades de Neonatología que soliciten la certificación, por el proceso de la solicitud y por sus auto-evaluaciones, definirán las áreas de sus puntos fuertes y las áreas de su crecimiento futuro.

Una visita al sitio para su revisión, de tres Profesionales NIDCAP experimentados en diferentes áreas (Neonatología, Enfermería y una de las Disciplinas del Desarrollo) designados por la NFI, identificarán y confirmarán los puntos fuertes y, como se indica, ofrecerán una guía hacia el crecimiento y una exitosa certificación.

Fuente. NIDCAP Federation International, [Internet]. [acceso 18 de marzo de 2012]. Disponible en http://www.nidcap.org/nidcap_training.asp